LE

CANCER DU LARYNX

PAR

Le Docteur M. KRISHABER

(Extrait des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1879, revu et augmenté.)

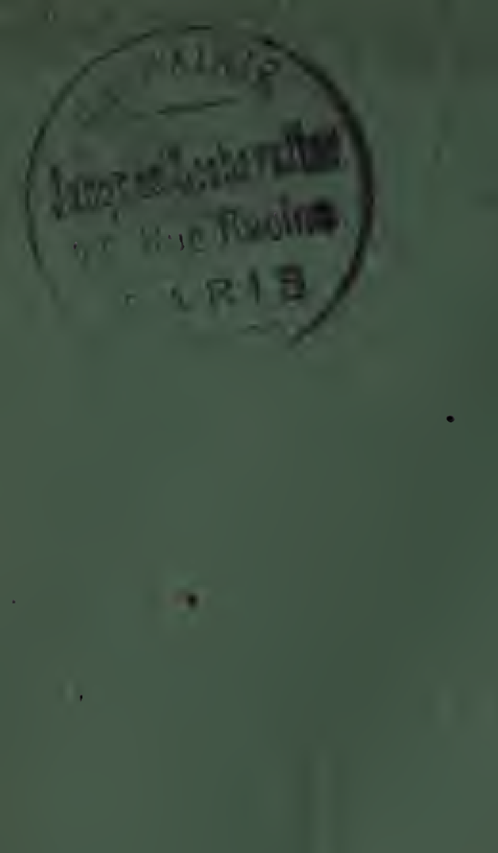
PARIS

G. MASSON, Éditeur

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1880



[illegible]
hommage de l'Auteur

LE CANCER DU LARYNX

PAR

Le docteur M. KRISHABER

(Extrait des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1879,
REVU ET AUGMENTÉ.)

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1880

DU MÊME AUTEUR.

Du développement de l'encéphale. Etude d'embryogénie, 1864.

Recherches expérimentales sur les corps étrangers des voies aériennes (*In comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 1865).

Physiologie de la déglutition (*In Union médicale*, 1865).

De l'opportunité de la trachéotomie dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte (*In Bullet. de la Soc. de Biologie. — Gaz. méd.*, 1866).

Corps étrangers de l'intestin grêle (*In Bullet. de la Soc. d'Emulation. — Union méd.*, 1867).

Mutisme sans surdité (*In Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1868).

Aphonie nerveuse simulant la phthisie laryngée (*In Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1868).

Laryngoscope et Laryngoscopie (*In Dict. Encyclopédique des Sciences médicales*, 1868).

Larynx. Pathologie médicale, en collaboration avec M. le professeur Peter (*In Dict. Encyclop. des Sciences méd.*, 1868).

Larynx. Pathologie chirurgicale (*In Dict. Encyclop. des Sciences méd.*, 1868).

Du mécanisme de l'effort (*In Bulletins de la Soc. de Biologie*, 1869).

Faits cliniques d'extraction de corps étrangers de l'œsophage (*In Gazette hebdom. de méd. et de chir., et Gazette médicale*, 1868 et 1869).

De la thyrotomie restreinte (*In Mémoires de la Soc. de chirurgie et Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, 1869).

Expériences physiologiques sur le mode d'action du chloral et du chloroforme, en collaboration avec M. le Dr Dieulafoy (*In comptes rendus de l'Acad. des Sciences et Gazette des Hôpitaux*, 1869).

Expériences diverses sur les centres nerveux (*In Archives de Physiologie*, 1869).

Extraction par voies naturelles de polypes du larynx (*In Bullet. de la Soc. de chirurg. — Gazette des Hôpitaux*, 1869, 1870 et 1872).

Signe précurseur de la paralysie labio-glosso-laryngée (*In Gazette hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1872).

Névropathie cérébro-cardiaque. (1 vol., 1873.)

Cerveau, en collaboration avec M. le professeur Ball (*In Dict. Encyclop. des Sciences méd.*, 1874).

Recherches expérimentales sur l'action physiologique de la compression élastique (*In Bulletins de la Soc. de chirurg.*, 1874).

Théorie physiologique de la musique (*In Dict. Encyclop. des Sciences méd.*, 1875).

Musique et musiciens (*In Dict. Encyclop. des Sciences méd.*, 1875).

Mutisme (*In Dict. Encyclop. des Sciences méd.*, 1875).

Chant, chanteur (*In Dict. Encyclop. des Sciences méd.*, 1875.)

Rhinoscopie (*In Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875).

Ronflement (*In Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875).

Des laryngopathies syphilitiques, en collaboration avec M. le Dr Mauriac (*In Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875).

Mécanisme du cornage (*In Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1876).

Mécanisme du nasillement (*In Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. 1876).

Du cornage. (*In Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1877.)

Observation de bruit respiratoire insolite (*In France médicale*, 1877).

De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne (*In Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1878).

De la canule à bec (*In Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1878).

Crétin, crétinisme et goître endémique, en collaboration avec M. le Dr Baillager (*In Dict. Encyclop. des Sciences méd.*, 1879).

Des troubles respiratoires dans les laryngopathies syphilitiques (*In Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1879).

Pièce de monnaie extraite de la glotte (*In Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, 1880).

L'ignipuncture appliquée aux granulations du pharynx et du larynx (*In Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1880).

LE CANCER DU LARYNX

Quand on lit dans les deux dictionnaires en cours de publication les articles consacrés à l'étude de la pathologie laryngée, on ne trouve qu'un très petit nombre de renseignements sur le cancer de cet organe. De ces deux articles, le premier en date, celui que j'écrivis dans le *Dictionnaire encyclopédique* en 1868, n'est qu'une pierre d'attente pour la description d'une affection encore peu connue alors. Le deuxième, celui de MM. Eug. et J. Boeckel, publié dans le *Dictionnaire* de *médecine* et de *chirurgie pratique* (1875), est encore beaucoup plus succinct. Dans sa brièveté, mon article sur le cancer du larynx contient des affirmations que j'ai depuis longtemps le souci de rectifier, les faits nombreux que j'ai eu l'occasion d'observer depuis cette époque, et l'analyse des travaux publiés sur cette matière m'ayant éclairé sur la physionomie véritable de l'affection.

En effet, des observations assez nombreuses ont été publiées de toutes parts sur ce sujet, dans les dix ou douze dernières années; plusieurs fois elles ont été groupées dans des monographies, et les traités spéciaux sur les maladies des voies respiratoires parus depuis la même époque, tant en France qu'à l'étranger, font aussi largement mention du

cancer du larynx. Chacune de ces publications a augmenté la somme de nos connaissances; il faut ajouter cependant que plusieurs côtés importants de la question ont encore été laissés dans l'ombre. C'est ce qui m'a déterminé à rapprocher des travaux antérieurs, les résultats de mon expérience personnelle, pour ajouter à l'histoire de cette affection les traits qui m'ont semblé particulièrement dignes d'êtres signalés.

Tout l'historique de la question se rattache à deux époques, dont la démarcation est faite par l'invention du laryngoscope; malgré la disproportion de durée entre ces deux époques, la seconde seule est féconde: dans la première, on ne trouve que des indices vagues, ou des diagnostics tardifs, constitués à la période terminale de l'affection, ou même après la mort du malade.

Morgagni cite deux cas de cancer du larynx dans sa XXVIII lettre (t. II, p. 80). Le diagnostic ne fut fait qu'après la mort; encore ne s'agissait-il que de cancers mixtes pharyngo-laryngés, sans indication du point d'implantation de l'affection.

En 1837, Louis qui ne connaissait probablement pas les remarques de Morgagni à ce sujet, crut publier le premier exemple de carcinome du larynx. Ce fait est assez intéressant; il y est raconté qu'avant d'en arriver aux accidents graves, le malade avait souffert pendant de longues années de dyspnée et de suffocation. A l'autopsie, on trouva une masse cancéreuse qui occupait presque toute la cavité du vestibule (*Mém. de la Soc. méd. d'observations*. Paris, 1837, t. I, p. 169).

Dans le traité de la phthisie laryngée de Trousseau et Belloc, on trouve une autre observation tout aussi remarquable au point de vue de la durée; nous aurons à nous en occuper dans un instant.

Bricheteau publia en 1840, dans le *Journal des connaiss. médico-chirur.* (t. VIII, p. 126), l'histoire d'une tumeur cancéreuse de l'œsophage comprenant le larynx, et nécessitant la trachéotomie. La même année, Trousseau fit paraître dans le même recueil (p. 133), une seconde observation de can-

cer du larynx qui est un des cas les plus connus et les mieux observés.

Bauchet, à son tour, présenta à la Société anatomique un cancer du larynx (*Bull. de la Soc. anat.*, 1851, p. 198); malheureusement le compte rendu en est fait en des termes trop succincts.

En 1854, Barth présenta à la même société (p. 202) un nouvel exemple de cancer du larynx. Dans ce fait beaucoup mieux étudié que le précédent, l'auteur développe avec détail tous les phénomènes du début. Ce récit est particulièrement propre à montrer de quel secours eût été l'examen direct; après avoir mis en œuvre tous les moyens d'investigation dont il disposait, le savant clinicien supposa qu'il avait affaire à une affection chronique du larynx. Il discuta les différentes hypothèses sur la nature de cette lésion, mais ce n'est qu'à l'autopsie qu'il vit clairement qu'il s'agissait en effet d'un cancer implanté sur l'une des cordes vocales supérieures.

A partir de 1858, avec le laryngoscope qui permet l'exploration directe, les faits observés prennent une importance et un intérêt beaucoup plus considérables. Les premières observations complètes sont dues à Gibb (*On diseas of th. throat Lond.* 1864; deux observations, p. 275), Valery-Meunier (*Bullet. de la Soc. anat.* 1861, p. 187), Decori, (deux cas de cancer du larynx, p. 353, 1862), Dufour (même recueil, 1865, p. 53), Curling et Bicherton (1865), Stoerk, (*Zottenkrebs des Larynx in Arch. de Heilkunde*, 1863), Türck (*Klinik der krankh. des Kehlkopfes Wien.* 1866, p. 507). C'est alors que le Dr Blanc put établir sa thèse inaugurale en 1872; mais la description qu'il donne du cancer du larynx est d'une brièveté regrettable; un grand nombre de points intéressants sont omis; ceux qui sont traités n'ont pas eu les développements qu'ils méritent, et enfin l'auteur a laissé passer quelques affirmations que les faits ultérieurs n'ont pas confirmées. Malgré ces imperfections, le travail de l'honorable praticien de Lyon est fort utile à consulter, et constitue un véritable progrès sur notre article du dictionnaire qui contient des erreurs plus grandes.

Dans l'année 1876, d'autres travaux ont paru : notre

regretté ami et collaborateur, M. Isambert, a fait une étude d'ensemble destinée surtout à établir une classification entre les diverses formes de cancer du larynx. Il n'a pas publié d'observations, mais il s'est appuyé sur ce qu'il a vu pour établir quelques-uns des caractères principaux de cette affection. Il est vrai que ce qu'il dit de la marche et des symptômes subjectifs s'applique bien plus au cancer en général, qu'à celui qui nous occupe. La même réflexion peut être faite bien plus judicieusement encore au sujet des articles sur le cancer du larynx contenus dans des ouvrages d'ensemble, les uns antérieurs à Isambert, les autres, au contraire, ayant traité le même sujet après lui ; de Morell Mackenzie (*Essay on growths in the larynx. London*, 1871, p. 36), excellent travail du reste ; de M. Mandl (*Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx* (Paris, 1872, p. 691), et de Tobold (*Laryngoscopie u. kehlkopfhrankh*, Berlin, 1874, p. 419).

Ziemssen, dans son livre sur les maladies de l'appareil respiratoire (1877, p. 399), fait à son tour une description très incomplète, quoique appuyée, d'après l'auteur, sur une centaine d'observations, dont dix personnelles. Il ne dit rien des points les plus importants et les plus spéciaux, tels que la lenteur de la marche, la rareté des engorgements ganglionnaires de voisinage, et l'innocuité relative du cancer du larynx vis-à-vis de l'économie.

Le contingent d'observations le plus important a été apporté par M. Ch. Fauvel (*Traité pratique des maladies du larynx*, Paris, 1876, p. 680) ; elles sont au nombre de trente-sept, recueillies avec un soin et des détails qui leur prêtent une sérieuse valeur. Les considérations qui les précèdent, divisées par chapitres écourtés, laissent il est vrai, de nombreuses lacunes, et contiennent, à côté d'énoncés très exacts, quelques affirmations hâtives et contradictoires.

J'ai moi-même publié, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, plusieurs cas de cancer du larynx ; mais je l'ai fait presque toujours dans le but de faire connaître le mode opératoire employé, et le résultat obtenu.

Dans ces dernières années, un assez grand nombre de faits

nous sont venus de l'étranger, dont plusieurs se rapportant à certaines tentatives opératoires que nous aurons à apprécier. Une des observations les plus récentes est celle de M. G. Koch (de Luxembourg) (V. *Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1879, n° 1). L'auteur a mis à profit un cas intéressant, pour faire une revue d'ensemble.

En somme, il existe déjà dans la science environ cent cinquante observations de cancer du larynx ; mais, malgré cette abondance relative de matériaux, il ne s'est pas encore produit de description réellement caractéristique de cette redoutable affection : si, dans les divers exposés publiés, jusqu'à ce jour, on venait à supprimer les titres, le lecteur y trouverait l'histoire du cancer en général, mais ne reconnaîtrait le siège du mal qu'à la description des troubles fonctionnels. Or le cancer du larynx, nous tenons à le dire dès le début, a des caractères spéciaux, nettement tranchés, et il importe de les faire connaître.

* *
*

On rencontre une certaine difficulté à circonscrire le sujet ; que faut-il entendre par cancer du larynx ? Dans mon article du dictionnaire, je n'avais admis que les tumeurs malignes de cet organe débutant primitivement par un point quelconque autre que la face aryténoïdienne, et j'éliminais avec intention les cancers siégeant à l'entrée même du larynx et sur la paroi commune aux voies digestives et aériennes. Cependant les cancers développés primitivement sur ces derniers points troublent tout d'abord, au moins pour la plupart d'entre eux, la respiration et la phonation, et secondairement seulement la déglutition ; ils réclament très souvent la même intervention chirurgicale et ont des points de rapprochement tellement nombreux avec le cancer primitif du larynx qu'il y a lieu de confondre les deux formes dans la même description.

Il n'est guère facile encore de faire une classification anatomique des tumeurs malignes du larynx ; les descriptions histologiques sont trop peu nombreuses et surtout trop imparfaites pour en fournir les éléments. D'ailleurs les recher-

ches histologiques fussent-elles mieux établies, elles ne nous donneraient pas encore la meilleure base de division qui, au point de vue de la symptomatologie a été, à juste titre, basée sur le point d'implantation de la tumeur.

Isambert l'avait compris ainsi et avait admis quatre variétés : 1° cancer extrinsèque ou laryngo-pharyngien; 2° cancer polypiforme intra-laryngien; 3° cancer intra-laryngien squirrheux ; 4° cancer sous-glottique ou trachéal. M. Fauvel a employé aussi une division topographique, un peu plus simple, qui ne comprend que trois classes : cancers primitifs, cancers mixtes et cancers par propagation. Quel intérêt, en effet, y a-t-il à faire deux variétés de cancer intra-laryngien ? Après avoir déclaré inopportune toute tentative de classification anatomo-pathologique, Isambert, en ébauchant une, l'a condamnée lui-même, en disant de la variété qu'il avait dénommée cancer squirrheux intra-laryngien : « Je ne puis même justifier absolument la dénomination de squirrheux que je lui donne, n'ayant pu faire l'autopsie des malades dans aucun des cinq cas que j'ai observés jusqu'à présent. » (*Annales des mal. de l'or. et du lar.*, 1876, p. 1, et *Conf. clin. sur les mal. du lar.*, p. 246.)

A vrai dire, on ne reste qu'en face de deux variétés, le cancer intrinsèque et le cancer extrinsèque ; le premier s'implante et se développe dans la cavité même de l'organe, le second sur ses parois; à la première variété se rattache le cancer sous-glottique ou trachéal d'Isambert, forme rare dont j'ai observé un exemple. Les cancers de la seconde variété, ceux dits extrinsèques ou mixtes, qui siègent sur l'épiglotte, à l'orifice supérieur du larynx, sur la paroi aryténoïdienne sont plus fréquents que les cancers intra-laryngés, mais il importe de faire connaître par quels points ils rentrent bien dans notre étude, et par quelles différences ils se séparent des cancers occupant la cavité.

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique, nous l'avons déjà dit, est, avec l'étiologie, la partie de la question sur laquelle nos connaissances sont les plus bornées. Autant qu'on en peut juger

par le petit nombre d'examens microscopiques, et par les caractères macroscopiques et cliniques, les formes de cancer qui se sont le plus souvent présentées sont l'épitheliome et l'encéphaloïde ; on a exceptionnellement rencontré le sarcome. Un des cas les mieux étudiés de cette dernière variété a été présenté à la Société anatomique par MM. Raymond et Longuet, avec examen histologique fait par eux sous le contrôle de M. Vulpian (*Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 73). Sur les trente-sept cas de cancer du larynx observés par M. Fauvel on compte dix-neuf encéphaloïdes et seize épithéliomes : deux cas sont restés douteux. C'est également à ces deux variétés que m'ont paru se rapporter tous mes faits personnels dans les cas où l'examen microscopique a été pratiqué comme dans ceux où le jugement ne s'est fondé que sur les caractères macroscopiques et cliniques.

L'étude histologique approfondie des cancers du larynx reste encore à faire, et l'ignorance relative dans laquelle nous sommes à l'heure présente sur la structure intime de ces tumeurs, laisse en suspens une question bien plus importante encore, celle de savoir si des papillomes, des fibromes du larynx, des tumeurs bénignes en somme, peuvent se transformer soit spontanément, soit par le fait d'irritations telles qu'une manœuvre opératoire, en tumeurs de mauvaise nature. Plusieurs auteurs décrivent cette dégénérescence des tumeurs primitivement simples en tumeurs malignes, et pour quelques-uns même, cette prétendue transformation s'opérerait en un temps relativement court. Dans quelques cas, l'ablation de végétations simples du larynx, par les voies naturelles aurait été suivie d'une amélioration, mais les accidents se seraient reproduits avec caractère malin. Nous avons de la peine à admettre pareille interprétation. Sans doute les polypes du larynx, les papillomes surtout, se reproduisent parfois, mais ce n'est jamais qu'après un temps assez long ; ils ne constituent que des corps étrangers et ne produisent jamais de cachexie. La plus grosse végétation papillaire que j'aie vue, et une des plus grosses assurément qui aient été rencontrées, est celle dont je fis l'extirpation chez un petit garçon de 14 ans et dont j'ai présenté l'observation à la

Société de chirurgie en 1870. Ce malade qui m'avait été adressé par Horteloup (père), avait présenté des accidents graves d'asphyxie, et aussitôt après l'opération, il avait recouvré la respiration normale. Six ans plus tard je ne trouvais chez ce malade qu'un vestige moindre que la sixième partie de la tumeur enlevée, et situé au point d'implantation de celle-là. Seconde opération, et depuis, le malade n'avait plus éprouvé aucun symptôme laryngé.

Toute différente est la marche de l'affection après l'extirpation d'une de ces tumeurs supposées bénignes au début et transformées spontanément dans la suite. Exemple : dans l'observation X du livre de M. Fauvel (p. 774), il s'agit d'un homme de 62 ans qui est atteint depuis environ cinq ans, de troubles vocaux et respiratoires. C'est M. Edouard Fournié qui constate l'existence d'une tumeur bosselée, inégale, saignant au moindre contact. Trachéotomie par M. Maisonneuve ; extirpation par les voies naturelles d'une tumeur largement implantée et de consistance presque cartilagineuse ; le lendemain, ablation d'une autre petite tumeur. Aussitôt la respiration se rétablit ; trois jours après, la voix est recouvrée en partie ; mais il restait, dit M. Fournié, des plaies suppurantes et d'autres points tuméfiés dans la cavité du larynx ; des cautérisations journalières au nitrate d'argent firent justice de ces lésions ; la voix et la respiration étaient parfaites ; il fut décidé qu'on enlèverait la canule. Cependant deux mois après, la canule était toujours en place ; la voix était complètement perdue, l'haleine était fétide, et M. Fauvel apercevait à son tour dans le vestibule du larynx, une grosse tumeur vasculaire qu'il enleva par fragments avec le galvano-cautère. Le microscope apprend qu'il s'agissait d'un encéphaloïde, tandis que la première tumeur enlevée avait été jugée de nature fibro-plastique. Le malade survécut dix-huit mois à l'opération, et M. Fauvel exprime cette opinion que dans ce cas, comme pour une autre de ses observations, « au début, la maladie consistait en une tumeur épithéliale limitée, bénigne, tandis qu'à la fin, elle se *convertit* en carcinome épithélial. »

Je ne pourrais pas admettre, pour ma part, une pareille in-

terprétation; les végétations simples ne laissent pas après elles des ulcérations purulentes, difficiles à guérir; elle ne récidivent pas de la sorte, et loin d'établir un fait de transformation d'une tumeur bénigne en une tumeur maligne, je ne vois dans ce cas, qu'un cancer du larynx en tous points typique: dans une première période la marche lente, l'évolution indolente, l'intégrité de l'état général obscurcissent le diagnostic, mais avec la seconde période, apparition comme dans presque tous les cas, des caractères tranchés, absolus de l'affection maligne.

On a observé le cancer du larynx à peu près sur tous les points de la surface de l'organe, quoique avec certaines différences de fréquence ; le côté gauche a été atteint plus souvent que le droit; les faits observés par M. Fauvel, indiquent à cet égard une différence très prononcée qui m'a paru un peu moins accentuée d'après mes observations propres; les cordes vocales supérieures sont atteintes plus souvent que les inférieures, mais il n'est pas rare cependant de voir la lésion partir d'un de ces derniers organes. C'est même une des causes pour lesquelles quelques auteurs ont admis la transformation des tumeurs, partant de cette donnée que les cordes vocales inférieures étaient fréquemment le siège de productions polypeuses bénignes, mais non de tumeurs malignes.

Les cancers du larynx ont certains sièges de prédilection suivant leur nature présumée; l'épithéliome occupe de préférence la cavité même du larynx, les cordes vocales, le ventricule, la région sous-glottique; il se produit surtout dans la moitié antérieure de la cavité du larynx, et c'est à cette variété qu'appartient la plupart des cas à marche très lente.

L'encéphaloïde siège plus souvent, au contraire, sur les parties supérieures et postérieures du larynx, sur les replis aryténo-épiglottiques, sur l'épiglotte, et surtout sur les aryténoïdes, ce mur mitoyen commun aux voies aériennes et aux voies digestives, dont la lésion rentre dans la variété des cancers mixtes. Il a généralement une évolution plus rapide, et tend beaucoup plus que l'épithéliome à s'étendre sur les

régions voisines. Dans les deux formes, l'extension se fait habituellement d'avant en arrière ; la marche en sens inverse est exceptionnelle.

Il serait intéressant d'étudier les différents aspects sous lesquels se présentent les altérations depuis le début jusqu'à la terminaison de l'affection. Mais la première période est peu connue à cause de l'indolence de l'affection et de l'indifférence des malades qui ne consultent pas, se trouvant encore fort peu gênés. Dans les quelques cas où l'examen a été fait de bonne heure, la muqueuse s'est montrée d'une coloration rouge intense, au point qu'on eût pu croire qu'il s'était fait une hémorrhagie sous-muqueuse; on a signalé avec cet état, l'apparition de granulations jaunâtres, soulevant la muqueuse ou apparaissant dans son épaisseur, et, un peu plus tard, la formation d'érosions simples, arrivant par degrés, à constituer des ulcérations purulentes. C'est à ce moment, en général, que l'examen direct est pratiqué ; c'est à ce moment aussi que se développent surtout les tumeurs. Il n'y a pas lieu de donner de leur forme, de leur aspect, de leur consistance une description unique ; elles ne se ressemblent guère entre elles, et je décrirai à propos des faits particuliers les caractères de plusieurs de celles que j'ai vues. Il n'y a pas davantage lieu d'insister sur l'augmentation de volume en masse des cartilages thyroïde et cricoïde. Cette modification n'a encore été signalée qu'exceptionnellement.

Le plus souvent, la mort précède de plus grands désordres ; mais on a cependant noté comme étant assez commune, l'ossification ou la pétrification du cricoïde et même de la trachée. Dans un cas je n'ai pu sectionner les anneaux de ce conduit qu'avec des cisailles. La nécrose des cartilages est moins fréquente que dans les cas de syphilis ou de tuberculose ; on l'a signalée cependant ; le Dr Blanc rapporte (l. c.) une observation où le cartilage thyroïde était séparé en deux moitiés, sur la ligne médiane ; dans le cas de Trousseau, les cartilages étaient séparés en plusieurs fragments, et mêlés à la matière cancéreuse ; je donnerai à mon tour, plus loin, une observation où la mort fut produite

par la chute d'une partie du cricoïde ossifié, dans la bronche gauche, ainsi que je le constatai à l'autopsie.

Les lésions de voisinage sont peu communes; l'œdème apparaît cependant assez souvent, soit autour de la lésion, soit à un point éloigné. Il est plus fréquent dans les cas où la tumeur envahit l'organe en nappe que dans ceux où elle prend une forme franchement végétante. L'œdème débute quelquefois du côté opposé au siège de la tumeur, et si le malade est gardé à vue, on voit parfois un nouveau foyer cancéreux se produire à ce point où l'œdème s'est montré d'abord. Contrairement à ce qui arrive si souvent dans la laryngite syphilitique, et assez souvent aussi dans la laryngite tuberculeuse, l'œdème s'établit ici peu à peu, sans éclat, et par conséquent sans donner lieu aux accès de suffocation qui se présentent inopinément dans les autres laryngites diathésiques.

Les abcès, les fusées purulentes sont assez rares; les engorgements ganglionnaires ne surviennent qu'à la période ultime ou au moment où une propagation s'est faite vers le pharynx ou l'œsophage.

Ces accidents graves s'amendent spontanément quelquefois par l'évacuation d'un abcès par exemple; parfois aussi l'amélioration succède à la trachéotomie; je me borne à énumérer tous ces faits qui ont trait à la marche de l'affection, j'aurai à revenir plus longuement sur plusieurs d'entre eux dans le cours de cet exposé.

Etiologie.

Au même titre que toutes les autres manifestations cancéreuses, celle qui nous occupe ne présente encore qu'une seule notion étiologique dûment établie, l'hérédité. Ici nous en acquérons peut-être moins fréquemment la certitude que dans les cancers de beaucoup d'autres organes, et c'est surtout par analogie que nous pouvons lui donner créance. Je me suis souvent livré à de minutieux interrogatoires, mais je n'ai pu que dans un petit nombre de cas acquérir l'assurance que mes malades avaient eu dans leur famille des

exemples d'une manifestation cancéreuse dûment établie. J'observe actuellement une dame arrivée à la dernière période d'un cancer mixte occupant le larynx et l'œsophage : le père de cette malade a été atteint d'un cancer du testicule opéré, et suivi, à plusieurs années de distance, d'une lésion de même nature au larynx ; il est mort avec tous les symptomes légitimes d'un cancer de cet organe. Une autre fois un de mes malades avait perdu une sœur d'un cancer au sein. Le docteur Bailly (de Chambly,) a publié dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (1876, p. 83), l'histoire d'un malade qui fut pendant quelque temps soigné par Isambert, et chez lequel l'influence héréditaire était manifeste, son père étant mort d'un cancer du pylore et sa sœur étant atteinte d'un cancer utérin au moment même où il était soigné pour son affection laryngée. Un autre fait assez précis est celui que MM. Lafont (de Bayonne) et Isambert ont publié dans les *Annales* (loc. cit., 1876, p. 79) ; la mère du malade avait succombé vingt ans auparavant à un carcinome utérin.

L'investigation dans cette direction est souvent limitée par des considérations d'ordre général qui s'opposent bien souvent à la recherche des transmissions héréditaires des maladies diathésiques, quelles qu'elles soient : les malades sont les premiers à comprendre que dans l'esprit du médecin, la nature de leur mal est la même que celle de l'affection dont est mort tel de leurs parents ; c'est une pensée douloureuse que nous devons leur épargner, dût le diagnostic en être retardé. En outre, les diathèses passent souvent dans les familles par-dessus une génération qui reste indemne ; les malades peuvent, de très bonne foi, ignorer l'affection qui a emporté des ascendants, et des collatéraux même assez proches. Ces remarques s'appliquent, il est vrai, aux transmissions héréditaires en général, mais nous pouvons ajouter qu'en tout état de cause, l'hérédité est moins bien établie pour la forme de cancer qui nous occupe que pour beaucoup d'autres.

Je ne connais qu'un seul exemple, je viens de le citer, de cancer du larynx transmis du père à la fille, et je n'en ai pas

trouvé dans les auteurs, mais pendant longtemps, j'ai cru en avoir rencontré un second dans ma pratique; ma première idée ne s'est cependant pas confirmée. Voici le fait: j'ai donné des soins à une dame morte, à 76 ans, d'un cancer du larynx; dix-huit mois avant la terminaison, je fus consulté par son fils, âgé de 48 ans environ. Celui-ci présentait des végétations fongueuses de l'épiglotte, et je pensais au début qu'il était atteint de la même affection que sa mère; mais ce malade a guéri presque complètement; l'idée du cancer dut, par conséquent, être abandonnée.

* *
*

Comme presque tous les autres cancers, celui du larynx appartient en général à la période de la vie qui est comprise entre l'âge mûr et la vieillesse. Le plus jeune de mes malades avait 48 ans, le plus âgé 76; un autre 72 ans; les trente autres malades que j'ai vus variaient entre 52 et 63 ans. On trouve dans les auteurs quelques exemples de cancers laryngés aux deux extrêmes de la vie et aussi dans l'adolescence. M. Causit, dans sa thèse sur les polypes chez les enfants, et en particulier les polypes congénitaux (th. p. le doct. Paris, 1867), a réuni un grand nombre d'observations de tumeurs du larynx; dans quelques-unes, empruntées à Rokitansky et à Ogle, des enfants de 4, 6 et 10 ans avaient présenté des polypes de nature épithéliale. Dans les *Bulletins de la Société anatomique*, on trouve deux présentations de cette nature, faites, l'une par M. Richard Maisonneuve (1856, t. I, p. 143), l'autre par M. Dufour (1851, p. 347). Dans tous ces faits, la nature de la lésion a été déterminée par le microscope; mais il aurait fallu qu'ils eussent des caractères cliniques qui leur manquent ou qui, du moins, ne les rapprochent nullement du cancer laryngien dans les conditions ordinaires où il se présente.

En somme, ce que j'ai observé pour l'âge ne diffère pas sensiblement de ce qui a été dit par les autres observateurs;

presque tous les malades de M. Fauvel par exemple, étaient âgés de 50 à 70 ans.

L'influence du sexe est tout aussi facile à reconnaître ; les hommes sont atteints dans une proportion bien supérieure aux femmes ; M. Fauvel a, sur trente-sept malades, compté trente-quatre hommes et trois femmes, soit une femme pour onze hommes. Ziemssen, dans son tableau de 96 observations recueillies dans les auteurs, a trouvé 62 hommes et 16 femmes pour les 78 cas où le sexe avait été indiqué. Cette statistique est bien plus défavorable aux femmes que la précédente et un peu plus aussi que la mienne propre, puisque, sur mes 33 malades, j'ai compté 4 femmes.

L'étude des autres états diathésiques n'a pas donné de résultats : quelques-uns de mes malades avaient eu des parents tuberculeux, et cette coïncidence a été notée dans plusieurs cas, sans qu'on puisse en tirer l'idée d'aucune connexion entre les deux diathèses.

Elles existaient simultanément chez un de mes malades, dont j'aurai à relater l'histoire ; il avait en même temps qu'un cancer du larynx, de profondes lésions pulmonaires d'origine tuberculeuse. Mais ce fait est très rare (1).

On recherche toujours avec soin les antécédents syphilitiques, non point pour faire jouer à ceux-là un rôle pathogénique que rien ne justifierait, mais pour assurer le diagnostic et pour se placer, par un surcroît de précaution, à l'abri de surprises si souvent occasionnées par les dernières formes de la syphilis.

Enfin, à propos du cancer du larynx, Isambert a repris l'opinion de Bazin, relative à la terminaison par le cancer, des manifestations herpétiques ; il a rappelé les cas de cancroïdes de la langue succédant au psoriasis de cet organe, et il a insisté sur ce fait que le malade observé par lui, avec le D[r] Lafont (de Bayonne), avait été atteint dans sa jeunesse d'un psoriasis cutané très étendu. Peut-être n'y a-t-il dans ce cas comme dans les trois autres signalés par Isambert qu'une coïncidence ; tout au plus devons-nous réserver ce

(1) M. Lépine, de Lyon et M. Polaillon ont observé récemment chacun un cas semblable.

point spécial de l'étiologie pour le moment où un plus grand nombre de faits aura fourni les éléments d'une sérieuse appréciation.

L'idée d'une de ces influences diathésiques autre que celle du cancer me paraît d'autant moins digne de crédit, que le plus grand nombre des malades sont robustes et sans antécédents personnels; je n'en ai vu qu'un qui eut une apparence chétive, tandis que tous les autres affirmaient avoir toujours joui d'une santé parfaite.

C'est pour ces malades qu'on s'est ingénié à trouver la cause de l'affection dans ces circonstances banales que dans leur désir de tout expliquer, les patients offrent le plus souvent d'eux-mêmes au médecin. Aucun fait n'établit une influence professionnelle; le malade qui fait le sujet de la première observation dont je vais communiquer l'histoire était, pour la direction de ses affaires, obligé de se faire entendre journellement d'un grand nombre d'ouvriers, et il attribuait volontiers les troubles laryngés qu'il éprouva pendant vingt ans, à la fatigue qu'il s'imposait. Un petit nombre de faits analogues ne suffisent pas pour permettre d'incriminer l'abus de la parole.

Quelques auteurs ont cru pouvoir faire jouer un rôle à l'usage immodéré du tabac : le malade de M. P. Koch (loc. cit.) était un grand amateur de chasse qui entretenait une bronchite chronique par des exercices au grand air et par l'abus du tabac. Dans quelques circonstances, c'est l'alcoolisme qui a paru dominer l'état de santé de certains malades. Est-ce à dire qu'on puisse lui attribuer une influence? Assurément non. Un malade qui m'était adressé par M. le Dr Roché, de Charny, était, à n'en pas douter, atteint d'un carcinome laryngien; la mort, cependant, survint du fait de l'alcoolisme, d'après les renseignements que j'ai obtenus; je ne pourrais voir dans ce fait qu'une simple coïncidence.

Souvent les antécédents indiquent une prédisposition aux laryngites et aux bronchites. D'autres fois, c'est à un refroidissement brusque, le corps étant en transpiration, que le début des accidents est attribué; c'est ce qui se pro-

duisait en particulier pour la malade observée par Trousseau dont nous avons déjà cité l'histoire.

Toutes ces causes peuvent assurément entretenir du côté du larynx une inflammation qui se traduit par des symptômes de laryngite aiguë ou chronique, mais est-il possible de leur attribuer une influence quelconque sur la production d'une lésion aussi spéciale que le cancer ? Il n'a même pas été prouvé que chez les individus menacés par une influence héréditaire, la détermination se fit sur le point accidentellement affecté de leur organisme, et dans le doute, il me paraît plus rationnel d'avouer les inconnues que d'admettre des explications banales et sans valeur.

Je n'ai pas plus de confiance dans l'influence du traumatisme. Le sujet de l'observation V, de M. Fauvel, aurait été dans une rixe « saisi fortement à la gorge. » De là, aggravation des symptômes vocaux et respiratoires. Mais ces symptômes existaient depuis longtemps déjà, puisque dix mois avant cette agression, ce malade avait consulté pour des troubles laryngés très nets et remontant à plusieurs mois. (*Traité des mal. du lar.*, p. 765). Le traumatisme interne a été mis en cause un peu plus loin ; il s'agit alors dés manœuvres opératoires faites pour enlever des polypes supposés bénins. Telle est la cause invoquée dans l'observation II (du *Recueil des cas de cancers*). Mais si on se reporte à l'observation XXI (*des cas de polypes*), on voit que ce même individu a été soigné pour un prétendu polype dont le microscope démontre la structure épithéliale.

J'ai vu aussi un malade qui attribuait à un traumatisme les accidents laryngés qu'il éprouvait, accidents qui étaient manifestement produits par un cancer ; mais, pour lui tout venait de ce que pendant la guerre, il avait subi une violente striction du cou, dans une lutte de corps à corps avec un soldat étranger. Plusieurs années s'étaient écoulées cependant avant qu'aucun symptôme d'affection laryngée se manifestât. Bien que je sois, plus que personne, disposé à admettre dans la marche de l'affection une période presque silencieuse, il me paraît difficile de rattacher au traumatisme la manifestation cancéreuse qui se produisit dans ce cas.

Symptômes.

En abordant l'étude des symptômes par lesquels se manifeste le cancer du larynx, j'attaque une partie ardue de mon sujet. Je m'efforcerai cependant de mettre en lumière les traits les plus caractéristiques, et ceux qui jusqu'à présent m'ont semblé avoir été le moins étudiés. Comme il n'y aurait pas possibilité à exposer sans lasser l'attention du lecteur, les trente-trois observations que j'ai recueillies, je choisirai dans le nombre celles qui me paraissent suffisamment caractériser les diverses formes de l'affection que je décris.

On peut, au point de vue de l'évolution, diviser l'étude du cancer du larynx en trois périodes : la période du début est celle où les troubles de la phonation et de la respiration sont très légers, tout à fait analogues à ceux d'une laryngite catarrhale par exemple, sans rien présenter de spécial ; il est rare que dès ce moment, le diagnostic ait été posé. La deuxième période se rapporte aux troubles déjà sérieux, peu compatibles avec une existence active ; le malade éprouve seulement des troubles respiratoires, et ses forces s'épuisent par l'existence simultanée de la dyspnée et de la dysphagie. Enfin la troisième période est celle de la cachexie et de la terminaison. Jusqu'à présent, la mort a été, d'une façon absolue, le dernier terme de l'affection ; mais nous verrons par quel moyen ce dénouement peut être retardé, et nous étudierons alors la question, non-seulement de la laryngo-trachéotomie et de l'excision partielle, mais aussi la question plus récemment posée, de l'extirpation totale de l'organe affecté.

Le début de l'affection est presque toujours latent, et les premiers troubles sont si légers, que l'on est tout d'abord éloigné de l'idée d'une maladie grave. Presque toutes mes observations prouvent cette étonnante bénignité du début, par la lenteur de l'évolution dans la première période. Ce caractère se retrouve aussi bien dans les faits signalés par les autres observateurs. L'exemple emprunté à Trousseau et à Belloc (*loc. cit.*), est saisissant. Une dame de 32 ans, d'une santé excellente, et à l'abri de tout

soupçon diathésique, joue en août 1832, dans le parc de Versailles ; elle rentre chez elle, avec un enrouement persistant que rien ne modifie jusqu'en septembre 1834, plus de deux ans après le début. La voix, enrouée jusque-là, disparaît complètement, mais la santé est restée parfaite. Ce n'est qu'au mois de décembre qu'elle commence à éprouver un peu d'oppression et d'essoufflement quand elle marche vite ; puis surviennent des accès de suffocation ; trachéotomie, le 6 janvier suivant. Mais la santé avait été si peu ébranlée que quatre jours après l'opération, la malade se lève et va faire une visite. Huit mois après, la tumeur fait issue sur le côté de la canule, des ulcérations se produisent et donnent lieu à des hémorrhagies. La malade succomba dans le mois suivant, à un épanchement pleurétique. A l'examen nécroscopique, on vit que le larynx était, du côté gauche, complètement envahi par une tumeur ulcérée et fongueuse ; de semblables tumeurs se voyaient sur l'épiglotte ; les cartilages propres du larynx étaient brisés et se retrouvaient en petits fragments au milieu des tumeurs. Cruveilher, qui fit l'autopsie, déclara que la tumeur était de nature cancéreuse.

Ce fait ne prouve-t-il pas combien l'affection est bénigne au début ? D'autant plus qu'elle existait assurément depuis quelque temps lorsque la fatigue ou le refroidissement agirent comme cause déterminante pour produire l'enrouement. Le fait suivant que j'ai observé n'est pas moins significatif.

M. X..., 68 ans, se présente chez moi, de la part de M. le Dr Fieuzal. Il est aphone depuis plus de vingt ans, et sa respiration devient gênée depuis deux ou trois ans. Il se croit atteint de la poitrine, et raconte qu'il a eu, il y a environ vingt ans, une violente hémoptysie, renouvelée à un degré moindre, à plusieurs reprises. Son frère est mort phtisique, mais son père a succombé à un âge avancé et il ignore la cause de la mort de ses autres parents. Grand industriel, il a été, toute sa vie, obligé de parler à très haute voix et avec effort pour commander à de nombreux ouvriers. De temps en temps, il toussait, crachait beaucoup et dut souvent garder le lit. Il eut plus tard quelques douleurs rhu-

matismales; mais il jouissait, malgré ces indispositions passagères, d'une santé assez satisfaisante.

Lorsqu'il se présenta chez moi, il avait commencé à maigrir, sa voix enrouée jusque-là, s'était complètement perdue depuis trois ans, et il avait dû renoncer à ses occupations.

Au laryngoscope, je constatai au-dessous des cordes vocales la présence d'une tumeur volumineuse, grisâtre, arrondie et flottante. M. Isambert vit le malade et ne put pas mieux que je ne l'avais fait, déterminer au premier examen le siège de l'implantation. Nous fûmes plus heureux au second examen. Aucun engorgement ganglionnaire.

M. X... fit sur notre avis, une saison à Cauterets, et revint sans aucun soulagement. Il se rendit alors au premier conseil que j'avais donné, à savoir, de subir l'extirpation de la tumeur. A la suite d'une consultation avec MM. Isambert et Fieuzal, je pratiquai l'ablation par les voies naturelles, au moyen du galvano-cautère. Une première application de l'instrument détruisit une petite partie de la tumeur trachéale, et après une suspension d'un instant, nécessitée par une légère suffocation du malade, on put voir l'eschare que la cautérisation avait laissée derrière elle. Une seconde cautérisation amena un véritable accès d'asphyxie qui me contraignit à pratiquer immédiatement la trachéotomie. Avant que je n'eusse ouvert la trachée, l'un de mes confrères déclara que le malade avait expiré; j'achevais cependant l'opération, et pendant la journée, M.... nous apprit qu'il avait entendu qu'on l'avait cru mort. La respiration se fit très bien par la canule pendant trois jours, mais elle s'embarrassa ensuite et devint de plus en plus haletante; la canule était cependant perméable, il n'y avait aucun obstacle dans la trachée, mais à l'auscultation il devint évident que l'air pénétrait en quantité insuffisante. En effet, la mort par asphyxie survint rapidement. J'obtins à force d'insistance, l'autorisation d'enlever le larynx et quelques centimètres de la trachée, et je vis alors que la mort avait été causée par la présence d'une tumeur qui avait envahi presque toute la cavité de ce conduit. Elle était formée de deux parties dont l'une s'appliquait sur les parois de la trachée et en augmentait

l'épaisseur, tandis que l'autre, flottant librement dans la cavité du larynx après l'opération, avait dû tomber, au bout de quelques jours, dans la cavité trachéale et oblitérer l'orifice inférieur de la canule. L'examen microscopique de la tumeur fournit tous les caractères d'un épithélioma typique.

Dans ce cas, c'est donc l'aphonie qui était le premier symptôme ; pendant des années elle était même peu prononcée; ce n'était qu'un enrouement attribué à la fatigue de l'organe ; l'économie demeura intacte, et cette intégrité se maintint jusqu'à la fin, alors même que la mort devint imminente du fait de l'asphyxie.

Voilà donc une preuve bien convaincante de la lenteur extrême de la marche du cancer épithélial du larynx. L'amaigrissement qui se produisit trois ans avant la mort, doit être attribué au défaut d'hématose, à l'obstacle purement mécanique à la nutrition. Il reste une question importante à soulever. Peut-on admettre que dans ce cas, l'apparition de l'aphonie indique le début de l'affection ? Elle annonce sûrement le moment de l'envahissement des organes générateurs du son, mais est-ce par l'épitheliome, et cette tumeur a-t-elle pu rester aussi longtemps indolente ? Ce n'est qu'à partir du moment où le néoplasme a été constaté sur une corde vocale qu'on peut établir une relation certaine entre la perte de la voix et le début de l'affection, mais combien de temps le néoplasme a-t-il mis à se former ?

Voici une observation ayant quelque analogie avec la précédente :

M...., âgé de 62 ans, m'est adressé par le Dr Pietkievitz : enroué depuis sept ans, il n'est complètement aphone que depuis sept mois. Il ne tousse et ne crache que fort peu, n'a jamais eu d'hémoptysie, n'a éprouvé aucune douleur ; la déglutition est absolument normale, et la respiration ne s'embarrasse qu'en montant l'escalier. Je vois au niveau de l'entrée du larynx un chou-fleur d'apparence cancéreuse implantée sur la vraie corde vocale droite. La tumeur est lobulée, et au-dessous d'elle se trouvent des ulcérations profondes. Trachéotomie : complication de bronchite ; mort. Voilà donc un second fait d'état latent pendant de longues

années, et interprétation pendant longtemps favorable d'une affection qui devait nécessairement conduire à la mort.

Voici une autre observation qui montre combien les symptômes peuvent être légers avec une lésion locale grave.

M...., 54 ans, tourneur, se présente au dispensaire laryngoscopique de Lariboisière. Il est aphone, mais ne tousse pas et n'a pas de troubles respiratoires. Au laryngoscope, on constate un énorme gonflement de l'aryténoïde droit dont le volume est au moins quadruplé et la surface recouverte de bourgeons saillants. L'apophyse vocale de ce cartilage est atteint, ainsi que la corde vocale correspondante. La corde vocale inférieure gauche a subi des altérations analogues plus avancées. Le repli thyro-aryténoïdien gauche est rouge et boursoufflé, mais d'aspect lisse. Chez ce malade, l'enrouement date de deux ans, l'aphonie n'est complète que depuis quatre mois, mais il n'y a aucune gêne de la déglutition, point de salivation, pas trace d'engorgement ganglionnaire, et sans l'incommodité causée par l'aphonie, cet homme ne se croirait pas malade. Il est cependant évident qu'il s'agit là d'un épithéliome à marche lente, mais fatale.

* *
*

Si les troubles de la voix qui sont presque toujours les premiers symptômes, viennent à manquer, l'affection peut être pendant longtemps tout à fait méconnue. Il est utile de savoir cependant que d'autres fois ils surviennent à un moment où la lésion est peu appréciable, et le diagnostic impossible. J'ai vu un vieillard qui, avec un enrouement notable, ne présentait que l'immobilité de la corde vocale gauche : je cherchais alors une lésion cardiaque ou aortique ayant pu produire peut-être la paralysie du récurrent, et je crus l'avoir trouvée lorsqu'à l'auscultation je perçus un souffle très prononcé à la base. Mais deux mois plus tard, en renouvelant l'examen laryngoscopique, je vis que les deux cordes vocales de ce côté étaient tuméfiées, et j'acquis l'assurance que l'affection avait débuté par la portion sous-glottique du larynx, et qu'elle avait envahi la corde vocale gauche par sa partie inférieure avant que l'existence du mal eût été appréciable à la vue.

J'ai multiplié ces exemples pour bien établir la difficulté du diagnostic au début, pour montrer combien est trompeuse cette aphonie si légère en apparence, et pour mettre en garde, autant que possible, contre l'interprétation erronée de ce symptôme.

Les malades se plaignent généralement peu de la toux et de l'expectoration qui sont cependant des symptômes presque obligés de toute affection des voies respiratoires. Dans la première période, en effet, ces symptômes n'ont rien de spécial, et comme c'est à un « rhume » simple, à un refroidissement que bien des malades font remonter leur affection, ils n'insistent pas sur d'aussi petits faits qui leur paraissent de nulle importance. Plus tard, la toux se supprime, peut-être parce que l'évolution lente et progressive de l'affection amène la tolérance, peut-être aussi parce qu'en se développant, la tumeur envahit les nerfs du larynx et détruit la sensibilité réflexe de l'organe. Il est constant, quelle que soit l'explication, que la muqueuse acquiert une tolérance anormale pour les attouchements des liquides ou des solides ; j'ai vérifié ce fait dans les cas où, pour rendre l'inspection possible, j'ai dû débarrasser le larynx de ses mucosités en y portant des pinceaux ou des éponges dont le contact ne provoquait pour ainsi dire aucun mouvement réflexe.

Plus tard l'expectoration se rétablit, même en l'absence de toux, quand la sécrétion purulente devient très abondante. Un autre phénomène survient alors le plus souvent, c'est l'odeur fétide dont j'aurai encore à vous entretenir.

La douleur est au début de l'affection encore plus rare que les symptômes précédents ; elle n'est guère accusée. Une seule fois, elle m'a été signalée comme phénomène initial par une femme âgée. Quand elle se produit, la douleur est souvent liée à l'apparition d'une petite poussée d'œdème, avec lequel elle disparaît plus tard. L'absence totale de douleur est fâcheuse en ce sens qu'elle trompe les malades qui, ne souffrant pas, ne se croient pas atteints d'une lésion grave et refusent l'intervention chirurgicale au moment où elle pourrait être le plus avantageusement appliquée. J'en ai eu la preuve dans le cas suivant.

M..., de Grenoble, âgé de 52 ans, vient me consulter pour une aphonie datant de trois ans. Il est d'apparence robuste et n'accuse d'ailleurs aucun antécédent morbide. Pas de toux. Respiration normale, mais, au laryngoscope, je vois la corde vocale inférieure gauche immobile, recouverte de végétations rouges et mamelonnées; l'aryténoïde du même côté et l'épiglotte sont extrêmement tuméfiés. Ces lésions ne pouvaient tenir que de la syphilis ou du cancer; je prescrivis le traitement spécifique qui fut pendant un mois ponctuellement suivi. Aucune amélioration. Au contraire, l'épiglotte se boursoufflait davantage, et je pus, pendant six mois, suivre pas à pas l'évolution de la maladie. Certain de sa malignité, je proposai en raison de son peu d'étendue, d'en faire l'excision par les voies naturelles, mais le malade qui ne souffrait pas et ne se croyait pas gravement atteint, se refusa à l'opération. Il se fit examiner de loin en loin; je pus voir ainsi avec quelle lenteur la tumeur évoluait, et je finis par perdre de vue ce malade sans l'avoir convaincu qu'il n'avait à choisir qu'entre une opération ou l'abstention de tout traitement.

* *
*

Le développement fatal de la tumeur amène, après un temps variable, les symptômes de la seconde période; la maladie ne peut plus être méconnue, ou du moins elle ne peut plus rester indifférente au malade, mais elle demeure parfaitement locale; c'est la période des troubles mécaniques. La tumeur produit une véritable laryngosténose, et par conséquent une insuffisance dans l'oxygénation du sang. Tout d'abord, les malades ont des troubles légers de la respiration; ils ne peuvent faire une course d'un pas un peu pressé sans éprouver une anhélation qui les force à s'arrêter ou à restreindre leur allure; ou bien ils ne peuvent plus monter un escalier, et souvent ce n'est que quand ils se voient empêchés d'accomplir un acte aussi simple que l'inquiétude les gagne. A un degré de plus, la dyspnée devient continuelle, puis bientôt apparaît le cornage. C'est

un des symptômes les plus graves, parce que, dès son apparition, la trachéotomie devient indispensable. Il est constant que, du moment où il s'est établi, il ne reste plus au malade que quelques semaines, au plus, deux ou trois mois à vivre. Mais je n'ai pas vu que ce phénomène se produisît aussi souvent qu'on le trouve signalé dans quelques descriptions, et surtout je ne lui ai pas reconnu le caractère de rudesse spéciale qui permettrait, au dire de M. Fauvel, de reconnaître cette variété de cornage de celui qui se produit dans tout autre affection laryngée. Voici un des cas où je l'ai le plus nettement observé :

Madame..., âgé de 72 ans, m'est adressée par M. le Dr Alex. Renault. Elle a éprouvé, il y a trois ans, une oppression à laquelle elle ne prêta d'abord pas d'attention, mais qui augmenta graduellement jusqu'à produire le cornage très bruyant dont elle était atteinte lorsque je l'ai examinée. La voix a commencé à s'altérer, il y a six mois environ, mais elle n'est pas encore complètement éteinte. Au laryngoscope, je vois la corde vocale inférieure gauche couverte de petites végétations, et dans les interstices qui séparent ces productions, des pertes de substance, ce qui donne à cette lésion l'aspect d'un encéphaloïde exulcéré. Rougeur modérée ; gonflement des parties environnantes peu prononcé ; pas d'œdème. La malignité de la lésion ne me parut pas douteuse, et malgré l'âge de la malade, je déclarai la trachéotomie absolument urgente. Peu de temps après, l'oppression avait beaucoup augmenté, le cornage était tout à fait caractéristique, mais je ne pus refaire l'examen laryngoscopique à cause du spasme qu'il provoquait, et la malade mourut.

Le cornage à un degré moindre se produit dans presque tous les cas.

Les troubles respiratoires continus s'accompagnent, comme dans les autres affections laryngées, d'accidents paroxystiques ; cependant la suffocation ne procède pas souvent par accès, peut-être parce que le rétrécissement s'établit peu à peu, et que l'organisme arrive à une sorte de tolérance ; peut-être aussi parceque les lèvres de la glotte étant souvent détruites, le spasme ne peut pas s'effectuer aisément.

Il est certain que les accès ne se produisent qu'à un moment où la mort est imminente et ne peut plus être éloignée que par la trachéotomie ou la laryngotomie.

C'est habituellement à cette période, souvent un peu plus tôt, qu'apparaît un nouveau symptôme, la dysphagie. Que cette complication survienne dans le cancer mixte, c'est-à-dire dans celui qui intéresse simultanément la partie supérieure des voies digestives et aériennes, il n'y a dans ce fait rien d'imprévu; mais il est digne de remarque que ce symptôme se manifeste quelquefois aussi dans des cas où le pharynx et l'œsophage sont absolument indemnes, et alors que l'épiglotte n'est envahie que par un léger œdème. Voici une observation qui confirme mon assertion :

Madame..., 59 ans, m'est adressée par M. le Dr Gouraud, pour des troubles respiratoires évidemment de cause laryngée. La malade est d'une santé débile depuis très longtemps, maigre, chétive et prend peu de nourriture. Elle est aphone, ne donne aucun renseignement sur le début des troubles respiratoires, si ce n'est qu'ils existent depuis des années et qu'ils se sont accompagnés presque dès le début de perte de l'appétit. La déglutition est douloureuse, et la malade ne se nourrit plus actuellement que de liquides. Au laryngoscope, je vois une végétation assez volumineuse, rouge et ulcérée, implantée sur la corde vocale droite, mais envahissant aussi le côté gauche et produisant un rétrécissement tel que je ne puis faire arriver la lumière jusque dans l'espace sous-glottique. Tout le larynx, et surtout l'épiglotte, sont tuméfiés et œdématiés.

Après avoir acquis la certitude que les antécédents personnels et héréditaires n'offraient aucune indication, je conseillais la trachéotomie pour parer à l'asphyxie imminente. Mon conseil fut absolument repoussé, et j'appris par M. Gouraud que trois mois après, la malade avait succombé. Le fils de cette dame m'apprit quelque temps après, que depuis le jour de ma consultation, l'oppression avait sans cesse augmenté, et que la malade n'avait plus pris que des potages et quelques aliments liquides. A aucun moment, il n'était survenu d'engorgement ganglionnaire, ce qui tient, comme nous

le verrons, à ce que la paroi postérieure du larynx était restée indemne, la cavité de l'organe ayant seule été atteinte.

La dysphagie n'était donc pas due à une altération des voies digestives, c'était l'inflammation œdémateuse de l'épiglotte qui était la cause directe de la difficulté de déglutir : il n'y avait pas d'obstacle mécanique au passage des solides eux-mêmes, mais leur passage provoquait une douleur que la malade voulait s'épargner au risque de se nourrir insuffisamment.

Ce n'est pas autrement que se produit la dysphagie tant que la cavité du larynx est seule envahie. Elle devient plus significative dans les cas de cancer mixte ou lorsque l'épiglotte est le siège de graves lésions ; ces variétés seront notées plus tard.

On a signalé dans quelques cas l'hypertrophie en masse des cartilages thyroïde et cricoïde dans le cancer du larynx ; d'après ce symptôme, Isambert a fait une variété de cancer crustacé ou en cuirasse. Le malade de M. P. Koch a présenté ce phénomène. Mais il n'a été signalé que dans un petit nombre de cas, et on ne saurait lui attribuer encore une grande importance.

Des irradiations névralgiques à la nuque et au crâne ont été notées assez fréquemment ; elles sont provoquées sans doute par l'irritation fortuite de quelque filet nerveux ; mais les douleurs d'oreille sont beaucoup plus caractéristiqnes ; elles se rencontrent dans la grande majorité des cas, et deviennent parfois extrêmement intenses.

Il est surtout important de faire remarquer que dans aucune des observations que j'ai rapportées jusqu'ici, il n'est question du retentissement de voisinage du cancer sur les ganglions du cou. Et, en effet, aussi longtemps que l'altération reste limitée au larynx, l'adénopathie ne se produit pas ; elle ne se montre à aucun moment chez les malades qui succombent aux accidents laryngés, et par conséquent chez presque tous ceux qui meurent sans avoir eu recours à la trachéotomie. Mais cette immunité des ganglions disparaît du moment où le cancer a envahi l'un des points supérieurs des voies digestives. L'état des ganglions est donc une des circonstances les plus importantes pour le dia-

gnostic différentiel, ou si l'on veut, pour la détermination exacte du siège du mal.

Arrivé à la période d'ulcération, le cancer du larynx donne lieu à quelques symptômes nouveaux; l'odeur fétide de l'haleine (déjà signalée), la salivation, l'hémorrhagie. L'odeur caractéristique et la salivation, manquent parfois, la salivation surtout, et ces deux symptômes n'ont rien de fixe dans leur apparition. On voit par exemple des ulcérations énormes, avec suppuration abondante, chez des malades qui n'ont pas d'odeur fétide; d'autres fois au contraire, des ulcérations moindres exhalent une odeur si intense qu'on ne peut pratiquer l'examen laryngoscopique qu'avec la plus grande répugnance. Il m'a semblé que l'haleine fétide était due à l'existence de débris qui se décomposent sur place, en même temps que le pus de l'ulcère ; aussi lorsque ces matières putrides ont été évacuées, l'odeur caractéristique disparaît pour un temps. Peut-être est-ce là l'explication de l'intermittence de ce phénomène. L'application de la canule après la trachéotomie a parfois aussi l'avantage de supprimer ce symptôme si pénible au malade et à son entourage; dans ce cas, la colonne d'air, ne passant plus au milieu du foyer putride, ne peut plus emporter les particules odorantes.

La salivation est un sûr indice de l'ulcération de la tumeur, mais elle ne se manifeste pas souvent dans le cancer intra-laryngé, tandis qu'elle est à peu près constante dans les cancers mixtes. Lorsqu'elle se produit, elle a tout à fait les mêmes caractères que dans le cancer de la langue : la salive est d'abord claire, puis elle devient visqueuse, fétide, sanguinolente, et si l'écoulement devient continuel, elle cause un des tourments les plus pénibles aux malades. La trachéotomie ne supprime pas ce symptôme comme le précédent, mais le liquide visqueux s'écoule parfois par la canule et nécessite de fréquents nettoyages. Plus souvent enfin, la salivation continue de se faire par la bouche qui laisse écouler un liquide limpide, tandis que, par la canule s'échappe un liquide purulent.

* * *

L'hémorrhagie est un symptôme à peu près constant dans

la période d'ulcération. Elle a été signalée quelquefois longtemps avant le début des accidents graves; il en a été ainsi dans ma première observation et aussi dans l'observation XXXVII de M. Fauvel. Dans ces conditions, elle est tout à fait accidentelle et rare, et nous ne pouvons que supposer qu'elle est provoquée par le premier travail irritatif qui envahit la muqueuse. Ce n'est pas d'ailleurs cette hémorrhagie du début qui a jamais eu de graves conséquences. Il y a des malades aussi qui meurent sans jamais avoir présenté d'hémorrhagies, bien que la maladie ait duré chez eux pendant longtemps. Ce sont ceux qui, ayant refusé la trachéotomie ou tout autre intervention opératoire, sont morts par le fait du rétrécissement mécanique avant que la tumeur se fût assez profondément exulcérée pour donner lieu à des pertes de sang. Ceux chez lesquelles le pharynx ou la portion supérieure de l'œsophage ont été envahis de bonne heure, et qui succombent à l'inanition avant que les ulcérations se soient faites, ne présentent pas non plus d'hémorrhagies.

Il paraît y avoir une relation directe entre la profondeur des ulcérations et la fréquence ou l'abondance des hémorrhagies; tant que les pertes de substance sont très superficielles, le malade rejette des crachats sanguinolents, légèrement teintés, mais à mesure que l'ulcération creuse, le sang arrive pur. Un de mes malades perdit dès la première ulcération environ cent ou cent cinquante grammes de sang en une seule fois. Pendant trois semaines, les hémorrhagies se reproduisirent sans un seul jour de répit, et le malade succomba alors que la respiration était encore assez libre pour ne pas nécessiter d'intervention. Chez un autre malade, l'hémorrhagie se produisit un mois après la trachéotomie avec une grande abondance; le sang coulait par la canule en jets continus. Le larynx était si bien obturé par la tumeur que la salive n'était pas teintée de sang, ce qui était d'autant plus remarquable que ce malade avait un ptyalisme considérable et que le sang s'écoulait par la canule, tandis que la salive restait limpide dans la bouche.

Il arrive beaucoup plus fréquemment que les hémorrhagies soient peu abondantes et souvent répétées, comme chez

le malade suivant : M..., âgé de 64 ans, m'est envoyé par le professeur Béhier qui, consulté pour un soi-disant asthme, reconnut qu'il s'agissait d'une affection laryngée. Le malade se disait atteint depuis plus de vingt ans, d'une laryngite chronique à laquelle il attribuait l'altération profonde de sa voix. Je vis au laryngoscope que toutes les parties supérieures de l'organe, le vestibule, les replis aryténo-épiglottiques, l'épiglotte surtout, étaient œdémateux et épaissis ; mais la principale lésion était dans la cavité même du larynx, sur la corde vocale droite qui était le siège d'une tumeur lobulée. Ce premier examen amena une petite hémorrhagie qui me confirma dans mon diagnostic, les tumeurs bénignes saignant bien rarement et ne donnant jamais lieu à de l'œdème. Il n'y avait pas de douleur, pas de salivation, pas de trace d'engorgement ganglionnaire ; la déglutition était normale et l'état général parfait. La toux et l'expectoration étaient rares, mais, de temps en temps, le malade rendait par la bouche un peu de sang pur. L'examen renouvelé le lendemain, me montra entre les sinuosités de la tumeur, des fragments de substance d'un aspect sale qui exhalaient une odeur fétide, et comme je ne les avais pas vues la veille, j'attribuais leur présence à l'hémorrhagie. La tumeur s'étendait plutôt en haut et en dehors, s'appliquant contre l'ouverture du ventricule plutôt que horizontalement ; aussi le malade n'avait-il pas d'anhélation proprement dite.

Dès lors, la trachéotomie me paraissait au moins prématurée ; les cautérisations par les voies naturelles me semblaient devoir nuire plutôt qu'être utiles, et je me bornais à proposer à M. Béhier à faire des attouchements avec une solution concentrée de perchlorure de fer contre les hémorrhagies. M. Béhier ajouta à cette prescription un traitement général à l'arséniate de soude.

Pendant plusieurs jours, je touchais les ulcérations avec une solution au sixième d'abord, puis de plus en plus concentrée, de perchlorure de fer. Au bout de douze jours, les hémorrhagies étaient presque supprimées et le malade se croyant guéri, retourna chez lui (en province). Il donna d'abord fréquemment de ses nouvelles, puis de moins en

moins, et au bout de deux mois à peu près, j'appris qu'il était mort. Les troubles respiratoires n'avaient pas augmenté, puisqu'il put, jusqu'au dernier jour, vaquer à ses occupations pendant une partie de la journée ; mais on était arrivé à ne plus pouvoir arrêter les hémorrhagies. Les attouchements au perchlorure de fer étaient devenus douloureux et beaucoup moins efficaces puisque les pertes de sang se reproduisaient plusieurs fois par jour et souvent même la nuit. Le malade succomba épuisé par ces pertes de sang.

Je ne connais pas de cas où la mort ait été causée par l'entrée du sang dans les bronches, mais il n'est pas impossible assurément que cet accident se produise.

Enfin, pour envisager toutes les éventualités, je dois dire que je n'ai trouvé qu'un cas où la première hémorrhagie ait été assez abondante pour déterminer la mort. La relation en fut faite par M. Dreyfous à la société anatomique, à l'occasion d'une présentation de cancer pharyngo-laryngé. Le malade dont il est question avait été trachéotomisé au moment où l'asphyxie était imminente ; il survécut deux mois et demi à l'opération et mourut d'une hémorrhagie spontanée : il rendit à pleine bouche du sang pur, rutilant, et cessa de vivre quelques instants après la cessation de l'écoulement de sang. On crut pouvoir affirmer, d'après l'autopsie, que le processus ulcératif avait atteint l'artère laryngée supérieure. (*Bullet. de la Soc. anat.* 1876, p. 304.)

L'hémorrhagie est de toute façon un des symptômes les plus communs et les plus caractéristiques du cancer du larynx ; c'est cependant un de ceux que les différentes observations relatent avec le moins d'insistance. Ausi n'ai-je pas craint de donner à son étude quelque développement.

* *
*

Nous avons vu que dans les cas où le siège de la lésion est principalement ou exclusivement sur l'épiglotte, ce sont les troubles de la déglutition qui dominent la situation, dont la gravité se trouve cependant quelque peu compensée par cette circonstance que l'intervention chirurgicale est d'une

exécution plus aisée, et qu'elle peut retarder la mort d'un temps plus ou moins long. L'observation suivante est une preuve de la facilité de l'excision de la tumeur par les voies naturelles, mais je m'empresse d'ajouter que l'âge très avancé du malade était une fort mauvaise condition de réussite.

Il s'agit d'un homme de 76 ans, couché salle Saint-Pierre, n° 51, service de M. Desormeaux, hôpital Necker. Ce malade s'exprime difficilement, autant à cause de son affaiblissement sénile qu'à raison de la gêne matérielle qu'il éprouve par le fait d'une affection laryngée. Il ne donne sur le début de son mal aucun renseignement précis, déclare seulement que sa voix est altérée depuis très longtemps déjà, et que, à partir du moment où cette modification s'est produite, il a éprouvé de la difficulté à avaler. Aussi a-t-il beaucoup maigri, et sent-il ses forces rapidement diminuer.

A l'examen laryngoscopique, je constate la présence d'une grosse tumeur en chou-fleur, globuleuse, ulcérée et bourgeonnante à l'entrée du larynx. Dans cette masse, la forme primitive de l'épiglotte a complètement disparu ; il en est à peu près de même des aryténoïdes ; mais le siège primitif du néoplasme a été certainement l'épiglotte. Une seconde tumeur, en chou-fleur aussi, mais moins volumineuse, se continue avec la première et occupe le repli glosso-épiglottique droit. L'haleine exhale une odeur cancéreuse manifeste d'une fétidité repoussante ; il y a peu de salivation, mais les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés.

Malgré l'état avancé de cette affection, je propose à M. Desormeaux de faire l'ablation de la tumeur, espérant qu'on pourrait, dans une certaine mesure, parer à deux dangers également imminents : l'asphyxie et l'inanition. Mon honorable confrère veut bien m'autoriser à faire cette opération dans son service. J'entoure la tumeur dans sa totalité d'une anse de platine portée sur un serre-nœud, je l'étrangle à sa base, et la ramène aisément au dehors. Hémorrhagie assez abondante, s'arrêtant cependant d'elle-même. Résultat immédiat de l'opération si favorable, que, dans la journée, le malade put avaler facilement quelques aliments, et que la gène respiratoire disparut presque complètement.

Cependant l'opération qui ne put que conjurer les accidents d'asphyxie et d'inanition, ne put retarder la mort que de quelques semaines chez ce vieillard, mais il n'est pas douteux qu'un individu plus jeune eût survécu à l'opération un temps beaucoup plus long. Je relaterai plus loin l'histoire d'un malade plus jeune qui s'était trouvé dans des conditions très analogues, et qui a survécu plus de deux ans à l'excision des parties malades. La complication la plus fâcheuse chez le malade de M. Desormaux consistait dans la dégénérescence très avancée des aryténoïdes. En effet, tant que l'épiglotte est la seule partie atteinte, ou bien lorsque même, comme dans le cas que je viens de citer, la paroi postérieure du larynx a subi déjà partiellement la dégénérescence cancéreuse, l'excision peut être suivie de résultats bien supérieures à ceux que j'ai obtenus, et la récidive être éloignée considérablement. Le vrai danger de ces opérations est l'hémorrhagie, immédiate ou secondaire, qui peut être très abondante et devenir mortelle.

Voici une observation de cancer de l'épiglotte intéressante à un autre point de vue, dont l'histoire a été publiée par M. le docteur Bayer, de Bruxelles (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, 1877, p. 308) :

Au début, le malade, âgé de 46 ans, éprouva simplement une sensation de picotement à la gorge, et une faible douleur qui augmentait pendant les repas; un mois après, les douleurs étaient beaucoup plus vives, et s'exaspéraient, surtout par les repas et par la fumée du tabac. Mais la voix restait intacte et au laryngoscope l'épiglotte se montrait seule altérée; elle était couverte de bourgeons d'apparence inflammatoire, saignant facilement. Ce n'est qu'à ce moment, plus de deux mois après, que survinrent des troubles respiratoires à marche très rapide, il est vrai. Accès de suffocation dès le mois suivant, et le malade ayant refusé la trachéotomie, on se décida à faire l'ablation des masses cancéreuses par les voies naturelles. On dut y revenir à plusieurs reprises ; à partir de la première opération, et pendant toute une année ce fut une véritable chasse aux végétations ; il fallut faire dix-huit séances d'ablation et de cautérisation. Dans les deux

derniers mois, le pharynx avait été envahi, les ganglions cervicaux du côté gauche s'étaient engorgés, et la trachéotomie qui fut faite pour combattre un accès de suffocation, ne put prolonger que de sept ou huit jours la vie du malade.

Les phénomènes douloureux ont donc été observés les premiers, puis sont arrivés les troubles digestifs, et ensuite la gêne de la respiration. Au point de vue de la marche de cette variété de cancer du larynx, l'observation de M. Bayer est très instructive. Ce sont les troubles de la déglutition qui ont dominé la scène, d'abord par la douleur et ensuite par gêne mécanique. Cette douleur est en général spontanée, continuelle et irradiée ; elle retentit dans l'oreille correspondante, parfois dans les tempes ou vers le sinciput, et elle n'est pas en rapport avec l'étendue de la lésion. J'ai vu des malades se faire comprimer la tête pour apaiser la violence de leur souffrance, dès que l'épiglotte commençait à être envahie. — Heureusement que ces faits ne sont pas constants ; chez quelques malades, les complications épiglottiques n'aggravent pas à un tel point la situation, et il faut ajouter que la douleur elle-même m'a paru plus intense au début que vers la fin de la maladie. Au fur et à mesure que la destruction de l'épiglotte s'effectue, sa sensibilité diminue, et sous ce rapport je trouve une certaine analogie entre les ulcérations cancéreuses et syphilitiques. Les ulcérations de l'épiglotte chez les tuberculeux sont, au contraire, constamment très douloureuses, quel que soit le degré du mal.

La dysphagie est en général plutôt due à la sensibilité de l'organe qu'aux troubles mécaniques que l'affection apporte avec elle, mais lorsque la déglutition devient à peu près impossible, on peut être certain que la gêne est mécanique, que le cancer a envahi la portion supérieure de l'œsophage ; alors pendant un certain temps encore, les malades peuvent avaler des liquides dont, plus tard, au fur et à mesure que le mal progresse, le passage devient également difficile, et finalement impossible. J'ai vu avec M. le professeur Verneuil et M. le Dr Acosta un malade, âgé de 53 ans, atteint d'un cancer de l'épiglotte et des aryténoïdes, encore robuste et n'éprouvant que très peu de gêne respiratoire,

lorsque la déglutition des liquides devint difficile; dès lors il déclina avec une rapidité extrême et mourut rapidement.

Le cathétérisme de l'œsophage devient difficile et même dangereux dans ces circonstances.

C'est dans un cas semblable que j'ai été amené une autre fois à placer une sonde œsophagienne et à la laisser à demeure indéfiniment.

Il est très digne de remarque que le cancer de l'épiglotte retentit plus fréquemment sur les ganglions cervicaux que le cancer de la cavité du larynx ; il est vrai que la même complication défavorable se rattache à un plus haut degré encore au cancer des aryténoïdes et de toute la paroi postérieure du larynx. Nous aurons à revenir sur ce point.

Il importe aussi de faire ressortir cette particularité du cancer de l'épiglotte qu'il a une tendance marquée à envahir les parties voisines du pharynx et de la base de la langue, et à se comporter, s'il est abandonné à lui-même, comme tous les cancers mixtes ou pharyngo-laryngés.

La sœur ..., religieuse de l'ordre de Saint-Joseph de Cluny, âgée de 40 ans, me fut adressée par M. le Dr Leroy de Méricourt à la fin de décembre 1876; elle était atteinte de dysphonie depuis le commencement du mois de mai, c'est-à-dire depuis sept mois. Pendant cette période, les troubles vocaux avaient sans cesse persisté, mais depuis plusieurs années déjà elle était sujette à des aphonies passagères accompagnées d'accès de toux et d'irritation bronchique. Elle rattachait tous ces troubles à une bronchite qu'elle avait contractée en 1870, et dont elle n'avait eu pendant longtemps aucun souci. Sa santé générale ne s'était en rien altérée et elle était en état, à part quelques troubles transitoires, de faire sa classe; elle remarquait seulement que depuis quelque temps, son embonpoint diminuait.

Le père de la malade avait vécu jusqu'à 82 ans, sa mère jusqu'à 72, et on ne retrouvait en somme dans sa famille aucune trace d'affection diathésique.

A l'examen laryngoscopique, j'ai constaté que les deux aryténoïdes, celui du côté droit surtout, avaient presque complètement disparu sous une tuméfaction générale qui com-

prenait tout le repli aryténo-épiglottique du même côté, et remontait jusqu'à l'os hyoïde. Dans ces points, la muqueuse était rugueuse, comme couverte de végétations lobulées sans œdème notable. La corde vocale gauche était boursoufflée d'un aspect identique à celui des aryténoïdes. Toutes les parties malades étaient d'un rouge foncé nettement accusé. Des aryténoïdes, la tumeur tendait à se propager sur l'épiglotte et sur les parties adjacentes du pharynx. La cavité du larynx était déviée de la ligne médiane, la base du triangle glottique tirée à droite, et cet aspect me faisait supposer que l'affection avait dû marcher de gauche à droite. L'état de l'organe semblait indiquer que le point d'implantation de la tumeur avait dû être sur la paroi postérieure, les cartilages aryténoïdes et de Santorini ayant disparu complètement dans le néoplasme, qui semblait avoir désormais pour assise le bord supérieur du cricoïde.

Il ne fut pas possible de méconnaître la gravité de cette lésion qui avait tout l'aspect d'un épithéliome du larynx avant la période d'ulcération, et comme il fallait éliminer l'idée de toute autre état constitutionnel, j'étais obligé d'arrêter mon diagnostic au sens le plus redoutable. Les événements n'ont que trop justifié la gravité du diagnostic ; les troubles de la déglutition apparurent les premiers, et bientôt s'y joignirent les troubles respiratoires. L'intervention chirurgicale ayant été refusée, la malade traîna pendant quelques mois une existence misérable, et j'appris par M. Leroy de Méricourt que l'inanition jointe à la dyspnée avaient conduit la malade à une cachexie profonde, que l'engorgement des ganglions du cou avait suivi de près mon premier examen, et que la malade avait succombé à un moment où la trachéotomie n'aurait pu prolonger l'existence que d'un temps très court. C'est que ce sont les troubles de la déglutition qui avaient dominé la situation.

Ce cas démontre une fois de plus le fait saillant que je tiens à faire ressortir : l'influence du point d'implantation sur la marche de l'affection. Lorsque la paroi postérieure du larynx qui, en vérité, est commune au larynx et au pharynx, est le siège de la tumeur, les symptômes qui surviennent entravent

au même titre les fonctions des deux organes ; mais la dysphagie devient de beaucoup le symptôme dominant, étant donné qu'il est plus difficile de remédier à l'insnffisance de l'entrée de l'œsophage qu'à la sténose laryngée. L'évolution du cancer est, en outre, plus rapide dans les cas d'implantation à la paroi postérieure. Nous avons cité les exemples qui prouvaient que tant que le cancer est borné à la paroi antérieure de l'organe et aux cordes vocales, il évolue avec une lenteur extrême, mais du moment où il vient à s'étendre sur la paroi postérieure, et à plus forte raison s'il débute par cette paroi, il perd ce caractère de bénignité relative, et n'affecte pas la longue période d'évolution silencieuse dont il est question plus haut.

L'observation I de M. Fauvel me paraît avoir de grandes analogies avec le fait que je viens de faire connaître. Le malade qui en fait le sujet avait commencé à souffrir depuis deux ans, mais sur cette première période, les détails manquent presque complètement ; le seul symptôme relevé, c'est l'amaigrissement qui se produisit peu à peu dans les dix-huit mois qui précédèrent la mort : ce dépérissement semblait avoir été directement motivé par la dysphagie à laquelle on prêtait peu d'attention dans les premiers temps ; mais, à l'époque du premier examen, la difficulté de déglutition était si prononcée que pendant plusieurs heures, des parcelles d'aliments séjournaient dans les voies supérieures et étaient rejetées ensuite. Au laryngoscope, on pouvait constater que la tumeur avait eu son point d'origine sur l'aryténoïde droit, et qu'elle s'était étendue de là sur la face postérieure du larynx, par conséquent sur la paroi inférieure du pharynx, d'où rétrécissement et gêne mécanique Du côté du larynx, au contraire, l'extension de la tumeur devait être beaucoup moins prononcée, puisque la voix n'était pas complètement éteinte, même dans les derniers mois de la vie, qu'elle était seulement dure et rauque. Cependant l'autopsie fut faite, et on vit que la corde vocale supérieure droite était aussi profondément altérée.

Le fait suivant qui m'est personnel n'est pas moins caractéristique. M. le professeur Gubler est consulté par M. X..., atteint d'aphonie sans gêne notable de la respiration. Se

fondant sur le gonflement considérable des ganglions du cou, et sur la marche insidieuse de l'affection, M. Gubler diagnostique un carcinome du larynx, et il m'adresse le malade pour l'examen laryngoscopique. Je constate une énorme tuméfaction des aryténoïdes et de l'épiglotte ; les cordes vocales commencent à se prendre à leur tour. La déglutition est difficile et la nutrition insuffisante ; le malade demande qu'on lui fasse subir la trachéotomie. Je dus m'y refuser pour la simple raison que les difficultés respiratoires étaient très peu accusées et que les accidents venaient manifestement des voies digestives. L'odeur fétide qu'exhale le malade, et par-dessus tout la tuméfaction considérable des ganglions sous-maxillaires, me prouvent que la lésion s'étend vers l'œsophage, et je suis convaincu que l'inanition aura fait son œuvre destructive avant que la trachéotomie ne soit devenue nécessaire. Le malade est en effet très pâle, amaigri, il porte toutes les traces d'une nutrition insuffisante. Mon refus de faire l'opération le décide à quitter Paris et à retourner dans son pays natal. Je n'ai pu avoir de ses nouvelles, mais je suis persuadé qu'il a dû mourir à peine arrivé chez lui.

* *
*

Tous ces exemples mettent hors de doute ce fait que les symptômes et la marche du cancer de larynx sont bien différents suivant leur siège : dans le cancer mixte, comme dans le cancer épiglottique, les troubles digestifs dominent la scène ; c'est la dysphagie et le dépérissement consécutif qui précipitent les événements ; l'aphonie, qu'elle existe ou non, est d'ordre secondaire, les troubles respiratoires eux-mêmes ne viennent que tardivement, et il n'y a pas lieu de céder au désir des malades au sujet de la trachéotomie.

Dans les deux périodes que j'ai étudiées de l'évolution du cancer intra-laryngé, je me suis attaché à montrer que l'adénopathie ne se produisait pas tant que la dégénérescence est bornée à la cavité de l'organe, et que cette innocuité de l'affection par rapport aux ganglions lymphatiques, pendant les deux premières périodes, était une des caractéristiques les

plus nettes de la variété intra-laryngée proprement dite ; ce caractère a d'autant plus de valeur que dans la variété mixte, au contraire, nous venons de le voir, les ganglions sous-maxillaires se tuméfient dès que le pharynx ou l'entrée de l'œsophage commencent à être impliqués dans le néoplasme. Je citerai plus loin un exemple qui montrera toute l'importance diagnostique de la connaissance de ce fait; mais, dès à présent, je tiens à relever cette interprétation rencontrée dans les auteurs, selon laquelle l'adénopathie est considérée comme un signe certain de la présence du cancer du larynx. La vérité est que son existence révèle bien plutôt des complications pharyngo-œsophagienne que l'existence du cancer dans la cavité même du larynx. J'aurai à revenir sur ce côté de la question en m'occupant du diagnostic différentiel.

Evolution et marche.

L'évolution de presque toutes les manifestations cancéreuses peut être réduite à trois périodes, comme je viens de le faire pour le cancer qui atteint le larynx. Partout cette affection peut évoluer, comme dans le larynx, avec une lenteur extrême : j'ai eu l'occasion de relever l'observation d'une femme atteinte d'une tumeur du sein qui, au bout de vingt-cinq ans, n'avait atteint que la grosseur d'un œuf de poule; arrivée à ce degré de développement, elle avait soudainement pris une marche rapide ; en quelques mois elle avait envahi tout le sein et avait donné lieu à l'engorgement ganglionnaire. Les phases d'ulcération et de cachexie furent alors aussi précipitées que la phase primitive avait été lente, et la malade succomba rapidement. Des faits analogues existent dans la science ; mais ce qui est rare pour le cancer de presque tous les organes du corps est la règle pour le cancer primitif intra-laryngé. Voilà ce qu'il importe de bien établir pour spécialiser encore une fois l'affection qui nous occupe, par ses modes de terminaison, comme par ses premières périodes. Nous voyons dans l'observation III de M. Fauvel l'histoire d'une malade, aphone depuis des années, opéré par deux fois à six ans d'intervalle et qui suc-

comba à une complication accidentelle, l'hémorrhagie, à un moment où il n'y avait encore ni engorgement ganglionnaire, ni aucune trace d'infection générale. Et cependant l'état local était des plus graves, puisque tous les cartilages du larynx avaient été détruits, que l'os hyoïde avait en partie disparu, et qu'un prolongement de la tumeur se montrait sur le côté de la canule trachéale. On ne peut nier que de pareils cas légitiment les tentatives d'extirpation totale.

Presque toutes les indications thérapeutiques découlent de la considération de l'évolution naturelle. Du moment où la maladie menace de se terminer par accidents, à une période où la santé générale est encore indemne, où le patient reste en possession de toutes ses forces, la conduite de l'observation paraît toute tracée, il doit faire face aux accidents.

Lorsque le volume de la tumeur produit de la dypsnée continuelle, ou bien lorsque, par le fait de son évolution, le cancer est arrivé à la période ulcérative, dont les symptômes ordinaires sont la salivation, l'haleine fétide, l'hémorrhagie, les douleurs locales et irradiées dans l'oreille, sans parler des troubles vocaux qui sont alors d'une importance bien minime, il survient parfois des exacerbations spasmodiques et les malades sont enlevés subitement : dans l'état de dyspnée continue où ils se trouvent, il suffit d'un mouvement brusque, d'un effort vocal, ou d'une émotion morale, pour qu'ils tombent tout d'un coup comme sidérés, sans qu'aucun phénomène nouveau ait fait pressentir l'accident un instant avant. Que se passe-t-il alors ? Peut-on dire que la glotte rétrécie depuis longtemps se soit tout d'un coup hermétiquement close ? Comment expliquer le rapprochement convulsif des cordes vocales, alors qu'elles sont immobilisées par la lésion qui les atteint, et que les muscles qui pourraient agir sur elles ont subi à leur tour la transformation carcinomateuse. Il nous paraît plus rationnel d'admettre que dans cette situation d'hématose insuffisante par rétrécissement de l'orifice glottique, l'accélération brusque des mouvements du cœur fait naître, à un moment donné, un besoin d'air impossible à satisfaire ; que l'équilibre entre

l'hématose et la circulation, condition première de l'existence, est instantanément rompu, et que la mort survint par syncope.

Les cas de mort subite dans le cancer du larynx ne m'ont pas paru cependant aussi fréquents qu'à M. Fauvel, qui les signale sept fois sur trente-sept observations : tandis que je ne compte qu'un seul cas sur trente-trois. M. Fauvel explique, il est vrai, la mort subite par l'accumulation des mucosités dans la trachée et les alvéoles pulmonaires, ce qui ne laisse supposer qu'une mort plus ou moins rapide, telle qu'elle se présente, en général, dans les maladies chroniques des organes respiratoires, mais ce n'est pas là la mort subite, dont le caractère distinctif est d'être inattendu et instantanée.

Il arrive parfois qu'une rémission survient spontanément dans les phénomènes asphyxiques ; cela se produit lorsque la tumeur est sillonnée d'ulcérations, et qu'un de ses fragments se détache et est expulsé à la suite d'un effort de toux. Cette rémission est tout aussi remarquable dans les cas où l'orifice supérieur de l'œsophage a été envahi. Un de mes malades en était arrivé depuis cinq mois environ à ne plus pouvoir avaler que des liquides, lorsque plusieurs fragments d'un notable volume furent rejetés ; dès ce moment la déglutition devint plus facile et le bénéfice resta acquis pendant assez longtemps encore.

Voici, du reste, quelques traits de l'histoire de ce malade :

Homme de 62 ans, qui me fut adressé par le Dr Deleau, est atteint d'aphonie et de cornage, et plus tard de troubles de la déglutition. Je constate au laryngoscope la présence d'un cancer laryngé ayant son maximum de développement sur les aryténoïdes, mais s'étendant dans la cavité du larynx et en arrière vers l'œsophage. Je pratique la trachéotomie au thermo-cautère. Calme pendant 6 ou 8 mois, mais la dysphagie augmentait lorsqu'à la suite du rejet spontané de fragments de la tumeur, la déglutition devint presque normale. Le bénéfice fut de quatre mois ; la dysphagie reparut ; bientôt nécessité de nourrir le malade au moyen de la sonde œsophagienne, pratique confiée à un interne et renouvelée deux fois par jour. Le malade dépérit visiblement, mais il succomba à un accident que je tiens à signaler. La sonde

œsophagienne dont l'introduction devint de plus en plus difficile, dévia un jour, et des aliments furent injectés dans le médiastin ; la mort ne survint cependant que le lendemain.

Tant que le passage des aliments s'effectue, la constitution se soutient et le malade garde des forces pour lutter contre les premières difficultés de la respiration. Celles-là peuvent se produire avant que la tumeur ait acquis un gros volume, par œdème qui survient avec une lésion cancéreuse relativement peu avancée; c'est un œdème par irritation de voisinage, et pour être moins fréquente dans le cancer du larynx que dans les affections syphilitiques ou tuberculeuses de cet organe, cette complication n'en est pas moins redoutable. Cet œdème n'est pas foudroyant en général comme dans les deux lésions que je viens de nommer, mais l'asphyxie qu'il provoque s'établit cependant avec rapidité, si on la compare à celle qui procède seulement du rétrécissement produit par la tumeur elle-même. Aussi doit-on songer à l'œdème dans les cas où l'asphyxie s'établit en peu de temps, et la gravité de cette complication vient de ce qu'elle n'a pas laissé l'organisme arriver à la tolérance qu'il eût acquise si le rétrécissement s'était produit avec plus de lenteur, fût-il même plus prononcé. Aussitôt l'œdème produit, il survient du cornage, les impulsions cardiaques deviennent plus violentes et plus fréquentes, tandis que la température du corps s'abaisse d'un degré, de plus quelquefois; la face devient turgescente, les yeux saillants, le front se couvre de sueur, les lèvres et les joues deviennent vultueuses ; ils s'injectent d'abord, et plus tard ils deviennent alternativement bleuâtres et pâles. Puis surviennent le relâchement des sphincters, la diminution d'ampleur et d'activité des mouvements respiratoires et enfin la mort.

Telle est la terminaison ordinaire du cancer intra-laryngien, abandonné à son évolution spontanée ; nous verrons, en parlant du traitement, de quelle façon la marche de l'affection peut être influencée, dans certains cas, par l'intervention chirurgicale.

* *
*

Il n'est pas étonnant qu'on n'ait signalé aucun exemple de

production cancéreuse secondaire dans les cas où la mort est survenue d'une façon mécanique, par inanition ou par asphyxie, la maladie n'arrivant pas alors à son évolution complète et s'arrêtant précisément au moment où les généralisations tendent à se produire. Mais cette raison n'existe plus dans les cas où la trachéotomie prolonge la vie du malade qui meurt alors, comme il en existe des exemples, avec l'apparence de la cachexie. Or, dans ces conditions mêmes, on a rapporté très peu de faits de généralisation.

Le Dr H. Sands, chirurgien de New-York Hospital, a rapporté l'histoire d'une femme de trente ans atteinte d'un cancer laryngien type, qui avait son implantation dans le ventricule de Morgagni, du côté gauche et occupait les cordes vocales correspondantes ; elle mourut vingt-deux mois après avoir subi la laryngotomie, avec une apparence cachectique si marquée qu'on avait pratiqué minutieusement l'examen du thorax et de l'abdomen dans la pensée d'y découvrir une lésion cancéreuse. A défaut d'indication précise, l'aspect spécial de la peau fit soupçonner une altération des capsules surrénales. L'autopsie confirma ce diagnostic, car on trouva les ganglions lombaires augmentés de volume, le rein et l'uretère gauche, mais surtout les deux capsules surrénales envahis par des dépôts qui, macroscopiquement et microscopiquement, furent considérés comme étant de nature cancéreuse.

Cette observation n'a cependant pas toute la netteté qu'il faudrait pour avoir l'autorité d'une preuve, car, à l'autopsie du larynx on ne trouva plus aucune trace de l'affection primitive : il restait une cicatrice sur les points qui avaient servi de base d'implantation à la tumeur, mais il ne s'était pas fait de récidive après l'extirpation pour laquelle la laryngotomie avait été pratiquée. Cette absence de récidive locale avec généralisation est tellement insolite qu'on peut se demander s'il n'y a pas eu coïncidence entre une affection laryngée bénigne guérie après l'opération et un cancer primitif du rein et des capsules auquel succomba la malade. Cette hypothèse est encore autorisée par la connaissance des phénomènes terminaux : la malade mourut de cachexie,

mais sans aucun trouble respiratoire, ce qui est tout à fait contraire à la marche ordinaire du cancer laryngé.

Un fait beaucoup plus concluant, a été présenté l'année dernière à la Société anatomique par M. Latil (*Bullet. de la Soc. anat.*, 1878, p. 107. — *Progrès médical*, 1878, p. 400). Le malade dont il est question, après avoir présenté des troubles digestifs et respiratoires appartenant au cancer, arriva à une période d'épuisement vraiment cachectique : outre les symptômes laryngiens, il avait de l'ascite, et, comme aucun examen laryngoscopique n'avait été fait, on crut avoir affaire à une phthisie laryngée. Dans les derniers moments de sa vie, le malade eut des accès de suffocation qui forçaient enfin à pratiquer la trachéotomie ; mais l'épuisement était tel que le malade succomba le lendemain.

A l'autopsie, on trouva la cavité du larynx ulcérée dans une large étendue, avec des végétations fongueuses et grisâtres ; les replis aryténo-épiglottiques étaient presque complètement détruits, et l'épiglotte considérablement diminuée, était transformée en une masse fongueuse. D'autre part, le grand épiploon était farci de petites masses cancéreuses, le foie, d'un volume très supérieur au volume normal, contenait dans le lobe gauche une petite tumeur du volume d'une noix ; sa face convexe était parsemée de petites élevures de volume variable et de coloration blanchâtre, et, à la coupe, on voyait que le parenchyme était comme infiltré des mêmes petites masses. Ces lésions présentèrent à l'examen microscopique les caractères du cancer du foie.

Dans ce dernier cas, il n'y a assurément aucun doute à avoir sur la nature commune des lésions laryngées et hépatiques, et il convient de prendre acte de ce cas comme d'un élément qui pourra servir plus tard à éclaircir un point encore peu connu de la question.

Il faut signaler au même titre une observation qu'Isambert fit à l'hôpital Saint-Antoine. Son malade était un homme de cinquante à soixante ans, atteint d'un cancer épithélial polypiforme du larynx, et simultanément d'un cancroïde du prépuce.

En somme, le nombre très restreint de cas connus de géné-

ralisation du cancer, quand la diathèse a eu pour point de départ le larynx, établit la rareté de la coïncidence. Mais il faut bien dire cependant qu'un certain nombre de faits de ce genre ont probablement passé inaperçus ; il est très rare, en effet, qu'on puisse faire l'autopsie des malades de la pratique urbaine, ou bien, quand, par condescendance exceptionnelle de la famille, on obtient la permission d'enlever le larynx, on est le plus souvent empêché d'ouvrir tout le corps pour faire un examen complet. Il faut aussi signaler une lacune pour aider à la faire combler, c'est que dans des cas où l'autopsie à l'hôpital même aurait pu être faite complètement, on s'est contenté bien souvent d'examiner le larynx sans songer à l'intérêt qu'aurait eu un examen plus attentif et plus complet.

* *
*

Les accidents qui suivent parfois dans le cancer du larynx la trachéotomie ou la laryngotomie sont ceux de ces opérations en général, la broncho-pneumonie et la pleurésie tenant le premier rang. Dans un cas de Trousseau, que nous avons déjà signalé, la malade fut prise onze mois après avoir subi la trachéotomie d'un épanchement pleurétique auquel elle succomba au bout de trois semaines· Il est bien regrettable, surtout l'autopsie ayant été faite, qu'on n'ait pas indiqué la nature de l'épanchement. S'était-il développé par pure coïncidence ou bien tenait-il, comme on pourrait le supposer, à la suite d'une manifestation nouvelle de la diathèse cancéreuse? Quoi qu'il en soit, la complication qui a déterminé la fin chez cette malade était indépendante du fait de l'opération.

J'ai aussi observé un malade qui eut une pleurésie un peu plus d'un mois après qu'il eut été trachéotomisé ; mais ce cas est complexe, car une partie du cricoïde nécrosé joua le rôle de corps étranger dans une bronche et provoqua des accès de suffocation auxquels il m'a paru plus légitime d'attribuer la mort. Cette observation est d'ailleurs instructive à plusieurs points de vue :

Je fus appelé auprès de M. ... par M. le docteur Richelot père, qui ne voyait lui-même le malade que depuis quelques jours. Ses soins avaient été demandés pour un état d'oppression datant de plusieurs semaines. Le malade ne pouvait plus se coucher et portait manifestement sur son visage cyanosé et anxieux la preuve d'une hématose insuffisante. Dans ces conditions, il entre si peu d'air dans les poumons que l'auscultation est, en général, d'un bien faible secours; chez ce malade, les signes stéthoscopiques étaient à peu près nulles. L'examen laryngoscopiques était également d'une grande difficulté, le malade étant pris de véritables accès d'asphyxie à la moindre approche du miroir d'inspection. Je pus cependant constater la présence d'une tumeur dans le larynx, sans trace d'œdème. Elle était placée au niveau de la corde vocale inférieure gauche et obstruait visiblement le larynx. Je n'étais pas fixé sur la nature de la tumeur ; mais il était absolument certain que la glotte était obstruée par elle, et que l'asphyxie n'avait pas d'autre cause. Il me paraissait urgent de pratiquer la trachéotomie sans délai, et M. le docteur Cusco, appelé en consultation, partageait cet avis ; l'heure de l'opération fut aussitôt fixée.

Je pratiquai l'opération au galvano-cautère, en présence de MM. Cusco, Richelot père et fils et Planchon. Aucun incident ne survint; la canule à peine en place, la respiration se rétablit avec ampleur, et le malade redevint tout à fait calme.

Peu de jours après, il put quitter le lit, manger avec appétit, et parut se rétablir, A partir du surlendemain de l'opération et pendant une douzaine de jours, il y eut, par la canule, régurgitation d'une partie des liquides au moment de la déglutition, et encore pendant un certain temps après; mais cette petite complication qui n'est pas rare dans la trachéotomie, surtout chez l'adulte, ne parut avoir aucune gravité; au bout d'un mois, la cicatrisation de la plaie trachéale était complète.

Cependant, le malade toussait fréquemment, et on reconnaissait à l'auscultation que du râle sous-crépitant se produisait dans toute la poitrine ; les crachats étaient souvent

marbrés de stries de sang; mais toute oppression avait cessé; l'état général semblait s'améliorer sous nos yeux.

C'est dans le cours de cette convalescence que je pus apprendre du malade même, par les réponses qu'il crayonnait, que son père avait été d'une santé chétive, et atteint d'une ankylose de la jambe, suite d'abcès (probablement une coxalgie). Sa mère, d'une santé robuste, était morte à 80 ans. Si, chez les ascendants, il n'avait rien eu qui se rapportât à l'état du malade, il n'en était pas de même des collatéraux. Un frère de M. ... était mort phthisique à 46 ans, une de ses sœurs avait succombé à 52 ans à un cancer de l'utérus.

Les antécédents personnels de M. ... n'avaient rien de caractéristique ; il était maigre, de haute stature, bien musclé et d'aspect plutôt robuste; toute sa vie il avait été sujet à des manifestations herpétiques.

Dans les dix dernières années, il souffrait parfois d'une sciatique. Depuis trois ans seulement, il se mit à tousser, et en même temps sa voix commençait à s'altérer. Dès les premiers accès de toux, il avait eu une hémoptysie très violente, plusieurs fois renouvelée, depuis, moins abondante toutefois. L'amaigrissement, la débilitation générale s'étaient bientôt ajoutés à ces symptômes, et il avait été obligé de renoncer à tout exercice musculaire. Peu à peu, il lui devint impossible de monter un escalier sans être essoufflé, et plus tard il eut de la peine à marcher d'un pas un peu accéléré.

L'aphonie devint complète dix mois environ avant le moment où je fus appelé auprès du malade; depuis lors, l'oppression augmenta rapidement ; elle était surtout accusée la nuit pendant le sommeil ; il y avait un véritable cornage nocturne. Très énergique, peu soucieux de sa santé, ce malade consulta à peine et ne suivit pas de traitement, jusqu'au moment où il s'adressa à M. Richelot, dont l'intervention n'avait précédé la mienne que de quelques jours.

Trente-sept jours après la trachéotomie, M..... se sentait parfaitement bien, et était occupé à lire un journal, lorsqu'il fut pris subitement d'un accès de suffocation des plus violents, quoique la canule fût bien à sa place et laissât un

libre passage à l'air. Cet accident s'apaisa quelque peu, mais non complètement ; il restait de l'oppression, et l'auscultation me fit entendre les signes d'une pleurésie à la base du poumon gauche. Au quatrième jour de cette complication, le malade mourut dans un état de dyspnée intense.

Je fis l'autopsie avec l'assistance de M. Richelot fils. Sur la paroi gauche du larynx se trouvait une énorme tumeur cancéreuse, dont le point de départ paraissait se trouver entre la corde vocale inférieure et l'entrée du ventricule de Morgagni ; le cricoïde nécrosé était en partie détruit, et deux esquilles osseuses qui provenaient de la lésion se trouvaient dans la bronche gauche. La plèvre du même côté contenait une certaine quantité de liquide purulent, et plusieurs petites cavernes existaient dans diverses parties des deux poumons, qui étaient d'ailleurs complètement parsemés de tubercules, les uns agglomérés et formant de petites masses cancéreuses, les autres isolés à l'état granuleux.

La quantité de liquide contenue dans la plèvre n'était assurément pas suffisante pour qu'on pût lui attribuer la mort par asphyxie. D'ailleurs la suffocation s'était produite avec des caractères qui n'appartiennent point à l'action continue d'un épanchement pleural. Il y avait eu des intervalles de calme et de paroxysmes qui sont les symptômes habituels des corps étrangers, dont la présence expliquait amplement la mort par asphyxie, attendu que la bronche gauche était presque complètement oblitérée.

Cette terminaison assez insolite ne constitue cependant pas le point le plus intéressant de cette observation, qui me paraît bien plus instructive eu égard à l'existence simultanée dans l'appareil respiratoire du cancer et des tubercules. Pendant longtemps, on a admis un antagonisme complet entre les deux diathèses, et certains auteurs soutiennent encore aujourd'hui cette prétendue exclusion.

L'examen histologique m'apprit que la tumeur du larynx était un épithéliome type, ulcéré et ayant déjà exercé son œuvre de destruction sur la charpente du larynx ; le thyroïde et le cricoïde étaient déjà en partie nécrosés, en partie résorbés, la tumeur s'étant substituée au cartilage.

On vient de voir que les fragments de la tumeur cancéreuse qui se détachent parfois spontanément peuvent causer des accidents graves; d'autres fois, ils sont rejetés par la bouche, ou par la bouche et par la canule, quand la trachée a été ouverte. Nous avons déjà dit que, dans ces derniers cas, une rémission notable des troubles respiratoires ou digestifs survient aussitôt ; mais c'est aussi par cette circonstance que se produisent les hémorrhagies plus ou moins graves. Un autre accident qu'il faut craindre après l'élimination spontanée d'une partie de la tumeur, c'est la chute de débris dans la trachée, et plus tard son engagement dans la canule. C'est par ce mécanisme que fut asphyxié le malade qui fait le sujet de ma première observation.

De l'ensemble de notre description il résulte que les troubles de la voix et de la respiration sont les deux phénomènes saillants du cancer intrinsèque du larynx, mais que celui qui affecte l'épiglotte ou la paroi postérieure de l'organe, ou le cancer extrinsèque, est accompagné d'un groupe de symptômes qui, par ordre de succession, sont la dysphagie, la salivation, l'haleine fétide, la douleur locale et irradiée (surtout dans l'oreille), l'engorgement ganglionnaire et l'hémorrhagie. Lent dans sa marche, pouvant même rester latent pendant de longues années, tant que le cancer est borné à la cavité du larynx, son évolution s'accélère au fur et à mesure que les organes faisant partie des voies digestives sont envahis.

Diagnostic.

Lorsque les ressources de la clinique générale étaient les seules dont on disposât pour arriver au diagnostic des affections laryngées, il était impossible d'obtenir la précision et, pour ainsi dire, la certitude que nous pouvons acquérir avec l'examen direct. Aussi, dans toutes les observations qui ont précédé l'usage du laryngoscope voit-on que le diagnostic n'a été établi d'une manière définitive qu'après l'examen nécroscopique. On ne pouvait arriver par le raisonnement et par l'ensemble des symptômes présomptifs, qu'à une appréciation plus ou moins hypothétique : il suffit pour s'en con-

vaincre de lire les remarquables observations publiées par Trousseau, par Barth que nous avons citées plus haut. On se complaît à reconnaître avec quel talent ces maîtres de la clinique discutèrent la nature de la lésion laryngée qu'ils avaient à traiter, sans pouvoir aller au delà des hypothèses, dont chacune avait en sa faveur un certain nombre de bons arguments. Il fallut arriver jusqu'aux derniers moments des malades, ou même jusqu'à la table d'autopsie, pour que la nature de la lésion s'imposât définitivement.

Grâce au laryngoscope, le diagnostic peut être fait longtemps avant la période ultime de l'affection. Ce n'est pas à dire que toutes les difficultés aient disparu et que le diagnostic s'inscrit dès l'abord dans le miroir d'inspection; mais la tâche a été singulièrement facilitée, malgré quelques obscurités qui peuvent encore se présenter.

Il ne suffit pas, en effet, que la nature de la lésion soit reconnue à la période ulcéreuse, il est surtout désirable qu'elle pût l'être dès le début du mal. Mais les lésions de la première période sont peu connues, ayant été rarement constatées, et dans les cas où elles l'ont été, elles n'ont pas offert de caractères spéciaux et furent le plus souvent méconnues. Une coloration plus ou moins vive, plus ou moins étendue d'une partie de la muqueuse, un soulèvement partiel et sans rien de distinctif d'un point de cette membrane, ou même quelques granulations un peu pâles, ne sauraient fournir les éléments d'une appréciation suffisante. Ces lésions se retrouvent dans bien d'autres affections, et rien dans l'état général du malade ne peut mettre sur la voie de la vérité.

D'ailleurs, il est extrêmement fréquent que non seulement la nature, mais même le siège de la maladie restent méconnus pendant un temps très long. Tant que la voix n'est pas altérée, le malade lui-même se croit atteint d'une affection bronchique ou pulmonaire, et c'est pour elle qu'il consulte. Le médecin constate une diminution du murmure respiratoire dû à la moindre pénétration de l'air; il entend aussi une respiration soufflante, mais ne songe guère que le bruit rude n'est qu'un bruit propagé de la glotte dans les bron-

ches et jusqu'à la base du poumon. Aussi les premiers diagnostics s'arrêtent le plus souvent aux affections bronchiques et pulmonaires : presque tous les malades qui viennent nous consulter, ont été considérés comme atteints d'emphysème compliqué d'asthme, ou de compression bronchique par une tumeur intra-thoracique, ganglionnaire ou autre, ou même de bronchite simple, ou bien lorsque le malade paraît débile, ou atteint de tuberculose plus ou moins généralisée, interprétation qui est particulièrement vraisemblable dans les cas où le malade crache du sang, ce qui peut se rencontrer, nous le savons déjà, même au début du cancer du larynx. C'est le défaut de sensibilité de l'organe qui éloigne ainsi tout soupçon : la douleur peut faire défaut non seulement au début, mais même alors qu'il y a des ulcérations et que le mal remonte à plusieurs années déjà. Cette remarque ne s'applique pas à tous les cas indistinctement, mais certainement au plus grand nombre d'entre eux ; même la pression directe sur la région thyroïdienne ne réveille pas toujours la sensibilité. Surviennent alors les troubles phonétiques ; l'attention est enfin éveillée, l'examen laryngoscopique jugé nécessaire; on constate l'existence d'une lésion matérielle au larynx. Mais, même alors, le diagnostic n'est pas immédiatement arrêté, les lésions n'étant pas toujours caractéristiques, et ne différant pas, au début, de celles qui se voient dans d'autres variétés de laryngite diathésique. Il existe même une forme d'inflammation localisée et intense du larynx qui n'atteint qu'une partie très limitée de l'organe, et dans laquelle on observe parfois des ulcérations végétantes, et cet état qui n'est l'expression d'aucune diathèse, peut durer très longtemps. S'il survient chez un individu âgé, s'il est accompagné d'un peu d'œdème, on ne peut arrêter de suite son jugement ; mais ce cas, qui en somme constitue une des formes de la laryngo-nécrose localisée, est rare, et la confusion avec le cancer ne peut pas persister bien longtemps, cette dernière affection ayant une tendance franchement végétante, et ne s'ulcérant profondément que vers la fin, tandis que les laryngo-nécroses atteignent la charpente de l'organe avant les tissus mous, et ne prennent

jamais malgré la présence possible de quelques bourgeons ulcérés, la forme de véritables tumeurs.

La laryngite hypertrophique simple, non ulcéreuse, dans une de ses variétés, atteint à son tour les cordes vocales supérieures et quelquefois les inférieures, et elle prend assez bien l'aspect d'une tumeur en nappe; mais cette laryngite affecte le plus souvent simultanément les deux côtés de l'organe, ce qui n'a pas lieu dans le cancer, dont le point de départ au moins est exactement circonscrit, et lorsque, d'une autre part, le cancer a déjà atteint une large surface du larynx, il a une tendance à s'ulcérer, ce qui n'a jamais lieu dans la laryngite hypertrophique. L'œdème fait, en outre, toujours défaut dans cette dernière affection.

Il en est de même de la laryngite glanduleuse qui donne lieu à des végétations bénignes lorsque l'hypertrophie des glandes devient assez considérable pour produire des adénomes. Cette remarque nous conduit au diagnostic différentiel entre le cancer et les polypes.

Au début, ce diagnostic présente des difficultés qui peuvent même persister quelque temps quand il s'agit d'un épithéliome. Cette tumeur se présente souvent, en effet, dans le larynx sous forme d'une végétation lisse, un peu pédiculée parfois, et comme elle a toujours une évolution très lente il peut arriver que l'ulcération ne se produise qu'après une période fort longue. Assurément, à partir de ce moment, l'erreur n'est plus possible, car la végétation bénigne n'est accompagnée ni d'ulcérations ni d'œdème, l'inflammation concomittante est fort rare et toujours peu intense. Les fibromes et les kystes, toujours isolés, petits, exactement circonscrits sur l'organe sain, ne peuvent guère donner lieu à une confusion ; les myxomes et surtout les papillomes se rapprochent davantage des cancers franchement végétants avant leur ulcération, mais cette dernière forme a un aspect très caractéristique dès qu'elle est arrivée à un certain volume, et elle évolue le plus souvent plus rapidement que toutes les autres tumeurs du larynx. Cependant, c'est à la vague ressemblance que le papillome présente avec l'encéphaloïde qu'il faut attribuer les idées de transformation des tumeurs bénignes

en tumeurs malignes qui ont été émises par quelques observateurs. J'ai déjà soulevé ce côté de la question, et il n'y a pas lieu d'y revenir.

*
* *

Lorsque le cancer est arrivé à la période d'ulcération, le diagnostic est presque inévitablement fait, grâce aux caractères que présente la lésion. Il est vrai que si la salivation et surtout l'écoulement sanieux ou purulent sont très abondants, on peut éprouver quelque peine à explorer la cavité du larynx, car elle est parfois tellement remplie de mucosités visqueuses et de pus que l'image se produit tout à fait confusément. On engage les malades à provoquer l'expulsion des matières par la toux et par l'expectoration, et on peut arriver alors à faire un examen rapide. Mais si ces moyens ne suffisaient pas, il faudrait, au moyen d'éponges montées ou plutôt de pinceaux secs, faire le nettoyage de la cavité laryngée. Dans d'autres cas, il est bon de faire faire, avant l'examen laryngoscopique, des inhalations de permanganate de potasse, ou même une injection avec la pipette laryngée, d'une solution légère d'acide phénique. J'ai employé avec avantage ce dernier moyen.

Quand ces précautions ont été prises, il est rare qu'un observateur exercé ne puisse bien examiner la lésion et la différencier des autres ulcérations qui peuvent être rencontrées dans le larynx, ulcérations syphilitiques, scrofuleuses et tuberculeuses.

La syphilis est la seule affection qui présente dans l'organe vocal des altérations vraiment analogues à celles du cancer. Les renseignements au sujet des antécédents peuvent être inexacts, et, en outre, un individu qui a été atteint de syphilis n'est nullement exempt d'une affection cancéreuse.

Ce sont les manifestations végétantes de la syphilis qui, surtout, peuvent donner lieu à une confusion avec le cancer; mais les végétations de la syphilis n'arrivent que lors de la cicatrisation des ulcérations; elles ne sont alors que le résultat d'un travail hyperplasique sur le siège même de l'ulcère, une modalité particulière des bourgeons charnus, se

développant avec excès; elles se recouvrent d'épithélium et prennent une apparence polypeuse. Lorsque ces végétations ont acquis tout leur développement, les ulcérations n'existent plus, et c'est précisément le contraire qui a lieu dans le cancer à forme polypeuse, sur lequel l'ulcère se creuse à mesure que la tumeur s'accroît. L'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques et les aryténoïdes sont les sièges de prédilection des accidents tertiaires; au moins débutent-ils le plus fréquemment par là; il n'en est pas de même du cancer primitif, qui part plus rarement des points précédents et débute plutôt dans la cavité même de l'organe, le plus fréquemment par l'une des cordes vocales, supérieure ou inférieure. Dans les deux affections, l'œdème est un des caractères constants, mais diffèrent de l'une à l'autre sous plus d'un rapport : dans le cancer, l'œdème ne se forme qu'autour du siège même de l'affection, il s'étend lentement, progressivement, et met au moins quelques semaines, des mois même à envahir l'organe au point de gêner sérieusement la respiration. Il y a une relation intime entre l'œdème et la lésion principale qui l'a provoquée, une sorte de progression parallèle, bien que le boursouflement œdémateux ait toujours dans sa formation une lenteur moindre.

Dans la syphilis tertiaire, les choses se passent autrement; l'œdème survient tout d'un coup, et dès qu'il a paru, il s'étend avec une rapidité extrême; il apparaît presque toujours sur les replis aryténo-épiglottiques, quel que soit le siège de l'affection. Celle-ci est du reste rarement circonscrite, et on peut dire que la totalité de l'organe est malade à des degrés divers, lorsque l'œdème apparaît.

Il est des cas, j'en ai observé un, où la tumeur cancéreuse ne se présente point sous la forme d'une végétation franche, et tend, au contraire, à envahir l'organe en nappe, en faisant à peine saillie : quelques ulcérations, une petite nodosité de place en place logée dans une zone inflammatoire, un peu d'œdème diffus et des matières crémeuses, purulentes, recouvrant les parties malades, voilà tout ce que l'on constate. C'est la lésion qui peut le plus facilement permettre le doute. Mais le traitement spécifique vient alors juger la

situation en dernier ressort : les accidents syphilitiques tertiaires s'amendent par le seul fait d'un traitement général, dont j'attends toujours les effets avant de lui adjoindre un traitement local, souvent inutile. Je n'ai pas à rappeler qu'avant les accidents tardifs dont il vient d'être question, les malades ont vu se dérouler la succession des phénomènes initiaux et secondaires; en outre, le larynx n'est guère à ce point envahi sans que le pharynx n'ait été atteint pour sa part, et n'ait même gardé quelques traces des lésions passées.

Malgré cet ensemble de signes distinctifs, la confusion n'est pas impossible pendant quelque temps, et pour éviter toute surprise, j'ai, depuis longtemps, pris l'habitude d'instituer le traitement spécifique dans tous les cas indistinctement, dès que le diagnostic se pose entre le cancer et la syphilis. Il ne m'est arrivé cependant qu'une seule fois d'avoir supposé l'existence d'un cancer chez une femme de cinquante ans et d'en avoir obtenu la guérison par le traitement antisyphilitique employé, mais dans tous les autres cas où j'avais diagnostiqué le cancer, je ne m'étais point trompé sur la nature de l'affection. Ce qui atténue toutefois la valeur de cette apparente infaillibilité, c'est cette circonstance que le plus grand nombre de malades ont été examinés au laryngoscope à une époque plus ou moins avancée de l'affection maligne, et que le diagnostic a été hésitant dans les cas rares d'observation de cancer au début.

Les ulcérations scrofuleuses et tuberculeuses du larynx offrent moins de causes d'erreur que la syphilis. On est de prime abord éloigné d'y songer dans les conditions habituelles où se présentent les cancéreux ; ce sont, en général, des individus qui ont dépassé l'âge moyen de la vie, qui ont l'apparence d'une santé robuste et qui disent avoir toujours été bien portants ; ils ne toussent point ; la voix est plus ou moins altérée et la respiration plus ou moins difficile ; mais ils n'ont aucun des traits des scrofuleux bouffis ou des tuberculeux épuisés, atteints du larynx : je n'ai vu qu'un cancéreux qui ait eu l'apparence vraiment débile. Puis, quand on arrive à l'examen des organes, on trouve des caractères bien plus nets.

Les ulcérations scrofuleuses du larynx sont, du reste, très rares ; elles n'ont dans aucun cas l'aspect fongueux ou végétant du cancer, mais présentent, au contraire, l'aspect du lupus du pharynx avec lequel elles coïncident parfois, c'est-à-dire qu'elles sont d'un rouge violacé, formées d'un grand nombre de petites granulations agglomérées, ne fournissant guère de sécrétions. Les sujets atteints de ces lésions sont surtout des adolescents, marqués des empreintes typiques de la scrofule, trop facilement reconnaissables pour qu'il y ait lieu d'insister. Il est rare, du reste, que la scrofulose laryngée n'ait pas été précédée de phénomènes caractéristiques dans d'autres parties du corps, et notamment d'adénopathie cervicale.

Les ulcérations de la phtisie laryngée sont aussi reconnaissables et par leurs caractères particuliers et par l'état du malade qui en est atteint. La marche de l'affection ne ressemble point à celle du cancer : l'enrouement, la dysphonie, qui sont ordinairement les premiers symptômes de la tuberculisation du larynx, surviennent chez des malades présentant le plus souvent des complications pulmonaires. Ces individus sont arrivés déjà à un degré d'émaciation avancé alors que la lésion laryngée est peu prononcée, et nous savons que c'est le contraire qui a lieu pour le cancer du larynx. Cette remarque a son utilité surtout dans la phtisie laryngée initiale, celle qui débute par l'organe vocal, avant que des signes stéthoscopiques révèlent l'existence de tubercules dans les poumons ; nous y reviendrons encore dans un instant. Dans tous les cas l'examen de l'organe vocal montrera des ulcérations plus molles, moins colorées, moins bourgeonnantes et plus creuses, entourées d'une muqueuse pâle, soulevée dans les points où elle est peu adhérente, par un œdème clair ; elles donnent une sécrétion plus franchement purulente et non colorée par des stries sanglantes. La lésion tuberculeuse produit plus de destruction et beaucoup moins de bourgeonnement que le cancer, aussi voit-on dans le premier cas les altérations s'étendre assez souvent aux articulations et aux cartilages, et produire même des fusées purulentes. La nécessité de l'examen des poumons est

évidente cependant, et on y trouvera presque toujours la confirmation des fortes présomptions fournies par l'examen du larynx.

Dans leur traité de la phtisie laryngée, Trousseau et Belloc ont décrit deux cas de coexistence de la tuberculose pulmonaire et du cancer du larynx. Une de mes observations (voy. plus haut p. 47) présente exactement le même phénomène; sans doute il est très difficile, dans ces cas complexes, d'arriver à un diagnostic précis et complet. Chez mon malade les troubles laryngés avaient précédé les altérations pulmonaires, et la non-pénétration de l'air dans les poumons avait ôté à l'auscultation sa valeur, au point qu'il fut impossible d'en tirer un enseignement sérieux. Dans les cas, au contraire, où c'est la lésion tuberculeuse du poumon qui précède, on est invinciblement porté à attribuer à la même diathèse les accidents laryngiens, à moins que l'examen laryngoscopique soit tout à fait démonstratif.

La difficulté du diagnostic peut être encore plus grande en présence de la phtisie laryngée dite initiale, celle qui précède ou paraît précéder la tuberculisation pulmonaire. Sans soulever ici une question de doctrine, je dirai qu'on observe dans quelques cas, assez rares il est vrai, des ulcérations tuberculeuses dans le larynx, alors que l'auscultation ne révèle pas la moindre trace de lésion pulmonaire. Celle-ci n'apparaît que plus tard, et prouve alors la nature tuberculeuse de la laryngopathie. Mais cette phtisie laryngée initiale ne revêt pas, comme fait quelquefois la laryngite tuberculeuse ultime, la forme franchement végétante, et elle survient le plus souvent chez des individus jeunes, d'une apparence délicate, ne pouvant être suspectés de lésion cancereuse.

*
* *

Je ne fais pas entrer dans les éléments du diagnostic l'adénopathie de voisinage, non plus que l'état général cachectique. Ce sont cependant des renseignements de la plus haute importance dans toute autre localisation cancéreuse, mais ce qui en a été dit à propos de la marche de l'affection

que je traite ici, prouve assez qu'il n'en saurait être de même dans le cancer primitif du larynx. En effet, dans les périodes où le diagnostic peut être difficile, ces symptômes n'existent pas, et il n'est plus nécessaire de les constater au moment où ils se produisent pour reconnaître la nature de la lésion. C'est une erreur souvent commise par de très bons observateurs que de vouloir attribuer un rôle prépondérant à la présence ou à l'absence de l'engorgement ganglionnaire ; sous ce rapport il ne faut pas juger du cancer primitif du larynx par analogie avec celui des autres organes. Nous avons déjà soulevé la question des adénopathies, mais il importe d'y revenir puisqu'il s'agit d'un des traits les plus caractéristiques du cancer du larynx.

Quand l'adénopathie et l'aspect cachectique apparaissent avant que les troubles respiratoires soient devenus très menaçants, ce qu'il faut voir dans ce phénomène, c'est une indication exacte sur le siège de l'affection, qui alors ne se trouve jamais dans la cavité même du larynx. Voici un exemple : il y a environ deux ans, M. le professeur Verneuil me fit l'honneur de me demander à l'hôpital de la Pitié pour examiner un malade de son service atteint d'une énorme tuméfaction ganglionnaire du cou avec raucité de la voix. A peine m'étais-je approché du lit de cet homme, que je déclarais qu'il n'était pas atteint d'une affection laryngée, malgré l'aphonie qui paraissait me donner tort. J'expliquais ce symptôme par la compression du récurrent due à la tumeur ganglionnaire qui, dans ma conviction, ne pouvait dépendre d'une affection organique du larynx. M. Verneuil m'objecta très judicieusement que cette tumeur ne pouvait s'expliquer que par l'existence, dans les voies supérieures, d'une tumeur de mauvaise nature, et que l'altération de la voix devait faire supposer sa présence dans le larynx. J'étais d'accord sur l'existence certaine d'une tumeur maligne, mais je la plaçais dans les voies digestives et non dans les voies respiratoires. Cette discussion eut lieu au lit du malade dès mon arrivée et avant l'examen laryngoscopique. L'examen fait, nos deux prévisions étaient confirmées : M. Verneuil avait eu raison de croire à une tumeur de mauvaise nature,

et j'avais eu raison de mon côté de ne pas l'admettre dans la cavité du larynx; c'était un cancer de la partie inférieure du pharynx, à l'entrée de l'œsophage. La corde vocale inférieure droite était paralysée par la compression qu'exerçait la tumeur ganglionnaire du cou sur le nerf récurrent droit. Ce diagnostic fut de tous points confirmé par l'autopsie pratiqué peu de jours après : nous trouvâmes un épithéliome implanté sur la paroi postérieure de l'entrée de l'œsophage; le larynx était libre.

A l'occasion de l'aphonie chez l'individu dont il vient d'être question, aphonie que j'ai reconnue comme nerveuse, qu'il me soit permis de placer une remarque : le timbre, l'éclat et la tonalité de la voix ne sont pas choses faciles à décrire, mais si on a entendu très souvent la voix d'individus atteints de lésions ulcéreuses du larynx, on acquiert des notions sur les modifications du son vocal qui ne trompent guère. La voix a quelque chose de *déchiré*, difficile à définir, mais aisé à percevoir, et alors même que le son n'est pas encore éteint, il se distingue assez nettement de la disphonie nerveuse; on pourrait dire, au point de vue physique, que ce sont les harmoniques justes du son fondamental qui font défaut, tandis qu'elles subsistent plus ou moins dans la dysphonie nerveuse. Dans le premier cas, c'est un bruit rauque qui se produit; dans le second, la voix est constituée de notes sourdes, mais gardant, jusqu'à un certain point, leur valeur musicale.

L'exemple que je viens de citer montre bien l'enseignement qu'on peut tirer de la présence de ganglions cervicaux; elle précise presque infailliblemnt le siège de la tumeur. J'ai pu, sans risque de me tromper, exclure l'idée d'une lésion intralaryngée avant tout autre examen, parce que les faits m'avait appris que l'asphyxie précède de beaucoup l'apparition des ganglions, en d'autres termes, que le cancer du larynx doit déjà être bien volumineux et obstruer le larynx pour donner lieu à de l'adénopathie cervicale. Or, le malade de M. Verneuil respirait normalement, le larynx n'était donc pas obstrué ; quant à l'aphonie elle s'expliquait suffisamment par la compression du récurrent et il était nullement besoin d'invoquer la présence intra-laryngée d'une tumeur.

Pronostic.

Après les développements que j'ai donnés à l'étude de la marche et des différents modes de terminaison du cancer du larynx, la question du pronostic ne demande pas de détails; elle se déduit directement des considérations antérieures. Dans l'organe vocal, comme dans tous les autres points de l'organisme, le cancer a une évolution fatale ; le traitement radical ne peut être tenté que par une exérèse complète faite avant tout retentissement sur le voisinage ou à distance. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu en France de tentatives d'extirpation totale du larynx; mais, à l'étranger, cette opération a été faite plusieurs fois et elle aurait donné un succès complet au Dr Bottini. Un fait unique n'est pas d'un enseignement suffisant, la gravité du pronostic reste tout entière debout, et il n'y a pas lieu, dans l'état actuel de la question, de modifier les données acquises. Les différentes méthodes de traitement n'ont donné que des délais plus ou moins longs, elles n'ont pas atteint d'autre but que de prolonger la vie des malades au delà d'une mort prématurée, violemment produite par l'asphyxie et par l'inanition.

La durée du cancer du larynx abandonné à lui-même dépend de sa nature et de son siège. Nous avons longuement insisté sur cette circonstance que l'épithéliome a un développement très lent en général, et d'autant plus lent qu'il est plus exclusivement borné à la cavité du larynx, et que l'encéphaloïde, au contraire, conduit beaucoup plus rapidement à la fin, par cette double circonstance qu'il s'accroît plus promptement et qu'il siège souvent sur la paroi postérieure de l'organe vocal où il constitue à la fois une entrave à la déglutition et une cause de retentissement sur les ganglions du cou, ceux-ci s'engorgeant facilement dans ce cas et restant, au contraire, longtemps indolents en face du cancer épithélial et franchement intra-laryngé.

L'ouverture artificielle des voies de l'air, et le maintien à demeure de la sonde œsophagienne retardent la mort dans une mesure assez sensible ; surtout cette dernière pratique,

dont je ne peux cependant pas encore déterminer le degré d'influence, ne l'ayant jusqu'ici employé qu'une seule fois chez un malade qui vit encore.

Toutes les circonstances qui sont de nature à précipiter la marche de l'affection aggravent évidemment le pronostic; c'est ainsi que la variété de cancer intra-laryngien qui s'accompagne d'hémorrhagies paraît être la plus grave, à cause de la déperdition que subit l'organisme ; à un moindre degré, la salivation et la suppuration abondante sont aussi très fâcheuses.

Il y a toujours absorption de pus par les voies digestives. La trachéotomie et la laryngotomie elles-mêmes ne sont pas exemptes de dangers immédiats ; non pas que l'intervention chirurgicale ait à sa charge beaucoup d'accidents directs, mais parce qu'elle prédispose incontestablement aux complications pulmonaires et surtout à la pneumonie. Nous établirons à propos des indications de cette opération la balance entre ses avantages et ses dangers pour établir la règle de conduite à suivre d'après l'expérience acquise.

Traitement.

Que le cancer du larynx soit intrinsèque ou extrinsèque, épithélial ou encéphaloïde, qu'il affecte une marche lente et silencieuse pendant un temps plus ou moins long, ou une marche rapidement envahissante ; quels qu'en soient la forme, le siège, la consistance, l'aspect général et la structure histologique, il conduit, par son évolution naturelle, à une mort fatale.

En présence d'un cancer dûment constaté, l'observateur ne peut prendre un parti définitif que pour l'expectation ou pour une intervention chirurgicale.

L'opération peut être palliative et consister dans la bronchotomie et le cathétérisme, ou radicale, et alors elle comporte soit l'excision de la tumeur, soit l'extirpation complète de l'organe affecté. C'est donc presque exclusivement à ce point de vue que nous aurons à traiter notre sujet.

Toutefois, pendant le temps d'incertitude du diagnostic, certains traitements médicaux peuvent être tentés avec d'au-

tant plus de raison, qu'ils contribuent, dans une large mesure à révéler positivement la nature de la lésion. Et plus tard encore, des moyens médicaux peuvent atténuer, dans une certaine mesure, quelques symptômes particulièrement pénibles de l'affection.

Tout à fait au début, le cancer du larynx en impose facilement pour une laryngite simple ou hypertrophique, nous l'avons dit en discutant le diagnostic différentiel, et alors il y a lieu de soumettre le malade au traitement ordinaire des inflammations chroniques de l'organe. Le médecin est naturellement amené à employer des topiques divers, émollients, cathérétiques ou caustiques (sulfate de cuivre, nitrate d'argent, acide chromique, acide acétique), des révulsifs au-devant du cou (teinture d'iode, vésicatoires volants) ; à l'intérieur, les eaux sulfureuses ou arsenicales ; en somme, un ensemble de moyens qui ne saurait, en aucun cas, être accusé d'avoir aggravé l'état local, si, au lieu d'une affection bénigne, il s'agit d'une lésion grave à son début.

Lorsque, à la période suivante, les ulcérations s'établissent, il n'est plus guère possible de méconnaître la nature du mal. Dans tous les cas cependant, on agira prudemment en instituant un traitement spécifique. Même en l'absence de tout antécédent syphilitique avoué, même chez les malades les moins suspects, j'ai pour règle invariable de prescrire un traitement consistant en frictions mercurielles et iodure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes par jour. Si ce traitement ne donne, au bout de trois semaines, aucun résultat, on le suspend pendant huit ou quinze jours, et, après cet intervalle, il est appliqué de nouveau pendant deux semaines. Son inefficacité une seconde fois prouvée, il y a lieu d'y renoncer définitivement. Il ne m'est arrivé qu'une seule fois de guérir par ce moyen une affection soupçonnée cancéreuse ; c'est dire que les caractères sont assez nets à partir de la formation des ulcérations ; mais, en dépit de cette certitude presque absolue, il faut toujours instituer le traitement spécifique, l'expérience ayant appris que les hommes les plus exercés à reconnaître la syphilis sont exposés à méconnaître parfois ses manifestations tardives et obscures.

Le même sentiment de prudence doit porter le médecin à prescrire un traitement général et local aux malades qui peuvent être, fût-ce de la façon la plus éloignée, suspectés de tuberculose. La laryngonécrose simple et surtout le lupus du larynx, qui affectent également l'aspect du cancer pendant le premier temps de l'observation, bénéficieront également d'un traitement général dont l'huile de foie de morue et les préparations martiales ou iodurées et arsenicales seraient les principaux éléments, et qui reste sans aucune efficacité dans l'affection qui nous occupe.

Après l'emploi infructueux des médicaments agissant contre les états diathésiques autres que le cancer, il n'y a plus à attendre aucune action curative des agents médicamenteux ; il est cependant aussi quelques symptômes du cancer lui-même sur lesquels on peut exercer une action palliative avantageuse, pendant quelque temps au moins.

Dans les cas où la douleur est vive, je fais volontiers des injections intra-laryngées d'une solution aqueuse de morphine dont chaque goutte représente 1 ou 2 milligrammes. L'instillation est pratiquée au moyen de la pipette laryngée contenant vingt-cinq gouttes dont je peux injecter une quantité suffisante pour obtenir un apaisement presque instantané. On peut aussi se servir de pinceaux ou d'éponges montées ; il est préférable alors d'employer une solution de morphine dans la glycérine, le liquide visqueux séjournant plus longtemps sur les parties malades. Les applications de laudanum de Rousseau ou de Sydenham sont doublement utiles par leur action calmante et par leur astringence.

Contre l'œdème qui se produit à un moment quelconque de l'évolution du cancer, on a les mêmes moyens que dans tous les autres cas où cet accident se montre, quelle qu'en soit la cause ; ce sont, avant tout, les applications de sangsues et de vésicatoires au-devant et sur les côtés du cou. On a contre cet accident employé les attouchements directs avec des liquides caustiques ; Isambert faisait assez souvent des cautérisations à l'acide chromique. J'ai aussi employé cet acide alternativement avec l'acide acétique, en solutions au quart, au sixième, au dixième, en commençant par le plus

faible, mais j'ai renoncé à cet agent qui présente plus de dangers que d'avantages réels.

La fétidité de l'haleine peut être combattue, comme je l'ai déjà dit, par des injections d'une faible solution de permanganate de potasse (1 à 3 centigrammes pour 100 grammes d'eau), ou d'acide phénique (1 à 3 grammes pour 100 d'eau), ou bien encore d'hydrate de chloral (2 pour 100). Ces liquides sont portés directement, comme il a été dit précédemment, ou pulvérisés au moyen d'appareils à vapeur chaude.

Les hémorrhagies qui se produisent parfois avec une redoutable fréquence devront être traitées par les attouchements directs de perchlorure de fer en solution aqueuse, ou même pur. Toutefois, les applications très concentrées ne doivent être faites que sous condition de la trachéotomie préalable, si on ne veut s'exposer aux accidents les plus redoutables.

En somme, ces palliatifs ne peuvent avoir d'action que sur les accidents, douleurs, inflammations, œdèmes ; ils peuvent procurer une amélioration momentanée, et rendre même l'espoir aux malades ; mais ils ne sauraient avoir aucune influence sur la lésion même qui reprend un peu plus tard son évolution fatale.

* *
*

Nous arrivons au traitement véritable du cancer du larynx, c'est-à-dire à l'intervention chirurgicale, que nous devons envisager sous ses différents aspects : intervention palliative par la trachéotomie ou la laryngotomie; intervention curative pouvant s'exercer elle-même par trois méthodes : l'ablation par les voies naturelles, l'ablation par une voie artificielle, l'extirpation totale de l'organe malade.

Faite dans le but unique de prolonger de quelques mois la vie d'un cancéreux, la bronchotomie n'a pas été unanimement jugée opportune. Plusieurs auteurs n'ont pas cru qu'il y eût lieu de donner un sursis à une existence condamnée.

Le véritable initiateur et le plus ardent propagateur de la trachéotomie, Trousseau, n'en pensait pas ainsi. Il était partisan de l'opération dans les affections diathésiques; nous

avons déjà cité plus haut une observation très instructive de cet auteur dans ce sens. « Si l'affection laryngée, dit-il, est sous la dépendance d'une maladie tuberculeuse, et que l'état du poumon soit tel que la mort doive survenir dans peu de jours, je n'opère pas. Si, au contraire, la lésion pulmonaire commence seulement, et que les désordres laryngés soient tels que la vie soit prochainement compromise, je fais la trachéotomie. A plus forte raison n'ai-je jamais balancé à la pratiquer lorsque l'affection, *quelque grave qu'elle fût*, était exclusive au larynx et que les poumons étaient intacts. »

Depuis Trousseau, la question de la trachéotomie a été plus directement soulevée à propos du cancer du larynx, mais, jusque dans ces derniers temps, il s'est trouvé des auteurs pour condamner l'opération. Pour ma part, je ne comprendrais pas qu'on refusât d'ouvrir la trachée en présence d'un malade qui, conservant presque toutes ses forces, est condamné à mourir asphyxié. On ne peut sans doute que reculer le terme inévitable; mais puisqu'il est prouvé que l'opération prolonge l'existence d'un an environ ou de deux ans même, comme je l'ai vu dans un cas, il me semble qu'il n'y a pas lieu d'hésiter. Lors même que l'épuisement paraît venir surtout de l'obstacle à la déglutition, le bénéfice résultant de la trachéotomie est évident, le rétablissement de la respiration rendant plus facile l'introduction d'une sonde œsophagienne, fallût-il, pour obtenir un espace suffisant, détruire avec le galvano-cautère les bourgeons situés à l'entrée de l'œsophage. Dans ce cas, la sonde sera laissée à demeure : elle est supportée facilement et peut, sans s'altérer, rester bien des mois en place (1).

La bronchotomie, selon notre impression, est non seulement indiquée dans le cancer du larynx, mais nous n'hésitons pas à dire qu'elle est presque toujours faite trop tardive-

(1) Une malade atteinte d'un cancer du larynx, sur laquelle j'ai pratiqué la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, au mois de janvier 1878, subit le cathétérisme œsophagien par l'une des narines, le 2 juin 1879. J'ai laissé la sonde œsophagienne à demeure depuis cette époque, et la malade, qui respire toujours par la canule, est nourrie par la sonde, A l'heure actuelle il y a plus de deux cents jours que cette sonde œsophagienne est en place sans avoir jamais été retirée. Je ne doute pas que cet état de choses ne dure encore quelque temps.

ment. Réservée comme un moyen *in extremis*, elle ne donne pas tous les résultats qu'on en pourrait attendre si elle était pratiquée dès que le diagnostic de cancer est établi. On comprend que le chirurgien hésite à ouvrir la trachée ou le larynx dans les cas d'affections aiguës ou chroniques de nature simple, sur lesquelles on a prise par d'autres moyens; mais quand il s'agit d'un cancer, quel bénéfice peut-on attendre de l'expectation ? Il est acquis que, grâce au repos complet dont jouit l'organe vocal après cette opération, il se produit une amélioration, variable en durée, mais que les accidents graves sont constamment ajournés.

Ce n'est pas ici le lieu de décrire les différents procédés de trachéotomie qui ont été employés. Cependant je suis arrivé, après les avoir tous expérimentés, à préférer de beaucoup l'un d'eux, et je dois donner les raisons de ma préférence. Depuis que M. Verneuil fit la première trachéotomie au galvano-cautère, sa méthode a été étudiée par bon nombre de chirurgiens. Dès la publication du savant professeur, j'ai pratiqué la bronchotomie sur plusieurs de mes malades, au galvano-cautère d'abord, et ensuite au thermo-cautère de Paquelin. Mes premières observations n'étaient pas favorables à la méthode nouvelle, mais au fur et à mesure que j'en continuai la pratique, les avantages des instruments ignés m'apparaissaient de plus en plus évidents, et j'en devins le partisan le plus convaincu. Bon nombre de mes observations ont été déjà publiées et j'en ai recueilli d'autres que je ferai connaître plus tard.

On sait que le principal avantage de la méthode thermique est de mettre à l'abri de l'hémorrhagie, si on a soin de manier l'instrument avec les précautions nécessaires; avec le thermo-cautère, j'ai fait des trachéotomies sans répandre une goutte de sang, et dans le cas où j'ai été moins heureux, la quantité de sang perdue a été tout à fait insignifiante. Il n'y a pas lieu de reprendre toute cette discussion à laquelle je me suis livré dans les articles indiqués, ni de redire en détail la manière dont je procède; je rappellerai seulement que j'ai été le premier à appliquer ce que j'ai appelé les *incisions ponctuées*, et que j'attribue à cette pratique l'ab-

sence des eschares consécutives et des hémorrhagies secondaires ; le couteau incandescent ne restant en contact avec les tissus à diviser que pendant un instant extrêmement court, il ne se produit pas de destruction des tissus par rayonnement, et on ne voit jamais de mortification des lèvres de la plaie, comme plusieurs chirurgiens l'ont observé. S'il vient à s'écouler un peu de sang, il faut étancher la plaie avec soin, et ce n'est qu'au moment où le fond et les lèvres de la plaie sont étanches, qu'il faut songer à ouvrir la trachée. Je pratique cette section au bistouri, la muqueuse trachéale étant trop peu vasculaire pour exposer à une perte de sang de quelqu'importance. L'entrée du sang dans les voies aériennes au moment de l'ouverture de la trachée est évitée ; on n'entend pas par conséquent cette espèce de gargouillement que produit la collision de l'air et du liquide ; le sang n'est pas projeté sur l'opérateur et ses aides, le malade n'a guère d'accès de toux : cet appareil effrayant qui fait redouter souvent la trachéotomie est entièrement supprimé ; toute l'opération se passe avec le calme des actions chirurgicales les mieux réglées.

Les avantages que je reconnais encore au procédé de trachéotomie thermique, c'est de produire une révulsion plus vive, qui n'est point à négliger dans le cas qui nous occupe, et de mettre à peu près à l'abri de l'érysipèle qui a souvent pour point de départ les bords d'une plaie faite au bistouri. Ce n'est pas à dire que les accidents du côté de la plaie soient écartés à coup sûr ; M. Bayer (de Bruxelles) a perdu un de ses malades de septicémie quatre jours après l'opération faite au thermo-cautère. Ce fait, il faut le dire, est unique (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1878, p. 224).

Le cautère galvanique présente en somme les mêmes avantages que le thermo-cautère, mais il a l'inconvénient d'être plus difficile à manier et d'exiger auprès de l'opérateur un assistant spécial.

On conseille généralement de faire la trachéotomie dans le cas de cancer le plus bas possible dans la trachée, afin de s'éloigner davantage du siège du mal et de ne pas s'exposer

à rencontrer avec la canule un prolongement de la tumeur. Il n'est pas toujours possible de s'en tenir à cette indication dont l'utilité, du reste, est très contestable. Chez les hommes de petite taille, très replets, « à double menton, » il arrive que l'espace manque entre le cricoïde et le sternum, dont il faut, avant tout, ne pas s'approcher trop. On a conseillé de pratiquer alors la crico-trachéotomie; chez les enfants, cette opération ne paraît pas avoir d'autres conséquences que la trachéotomie simple, le cricoïde étant très peu développé et ressemblant presque à un anneau de la trachée. Mais il n'en est pas de même chez les malades âgés que l'on opère pour un cancer du larynx, leur âge et la maladie chronique dont ils sont atteints contribuant simultanément à l'ossification du cricoïde. On pourrait alors rencontrer de la difficulté à le sectionner : le cartilage pourrait même se nécroser à la suite de l'opération, ainsi qu'on l'a vu plusieurs fois. Quant à moi, je recpecte le cricoïde ; c'est dans la membrane crico-thyroïdienne que je pratique l'ouverture par où doit pénétrer la canule. J'ai publié ailleurs les détails de cette opération que j'appelle la laryngotomie inter-crico-thyroïdenne (voy. *Société de chirurgie*, 1878). Elle est d'une exécution beaucoup plus facile que la trachéotomie, le point de repère ne faisant jamais défaut; il n'est pas de sujet si gras, qu'on ne puisse sentir, à travers les parties molles, le bord angulaire du thyroïde. C'est le seul point de repère nécessaire, car, après la section de la peau et de la couche graisseuse, le doigt reconnaît aisément la membrane qu'il faut ponctionner ; on ne rencontre aucune résistance pour pénétrer dans cet espace; il suffit pour y parvenir d'une très douce pression, grâce à l'élasticité de la membrane et au facile écartement des deux cartilages. Ma canule à bec facilite par sa forme l'introduction, et rend inutile l'emploi du dilatateur, pour lequel il n'y aurait d'ailleurs pas de place.

Quelle que soit la canule qu'on emploie, il est préférable de la choisir pleine, c'est-à-dire sans perforation à la partie convexe de sa courbure. Avec une canule ordinaire pourvue d'orifice supérieur, un fragment détaché de la tumeur peut s'engager dans le tube métallique et reproduire les

plus graves accidents d'asphyxie. Je les ai vus plusieurs fois.

Dans les cas où le cancer occupe l'espace sous-glottique et se prolonge dans la trachée, il est nécessaire de placer une canule très longue, de façon que le bout inférieur dépasse la tumeur en bas. Quant au diamètre de la canule, il sera suffisant du moment que, le malade respirant amplement, aucun bruit de frottement ne sera produit par le passage de l'air. Une ouverture de 7 millimètres de diamètre peut être prise pour moyenne.

La canule doit être solidement fixée; cette recommandation est ici plus nécessaire peut-être qu'en aucun autre cas. Isambert raconte que, entre ses mains, la canule étant venue à tomber un instant après l'introduction, il lui fut impossible de la remettre en place, et que le malade mourut entre ses mains. En effet, la canule plonge dans un amas de bourgeons fongueux qui s'affaissent facilement, se rapprochent les uns des autres, et saignent au moindre contact. Or, le retrait de la canule peut avoir pour conséquence l'effacement presque immédiat du trajet de l'instrument; en cherchant à la réintroduire on fait aisément fausse route, on peut déchirer les fongosités et produire instantanément les plus graves accidents d'asphyxie subite ou lente par pénétration du sang ou de parcelles solides, dans les bronches.

Le changement de la canule ne doit pas être moins surveillé. Un des malades de M. Fauvel mourut brusquement pour avoir enlevé sa canule qu'il croyait obstruée; j'ai vu, pour ma part, une hémorrhagie très grave se produire à l'occasion d'un changement de canule (1).

Lorsqu'aucun accident ne survient, lorsqu'on peut parer à la dysphagie par le maintien d'une sonde œsophagienne à demeure (introduite par l'une des narines), lorsque le cancer n'est pas hémorrhagique, les malades survivent à la trachéotomie un temps variable dont la moyenne peut être évaluée, nous l'avons dit, à un an, et au délà. Cette moyenne n'a ce-

(1) Depuis que j'ai écrit ces lignes j'ai perdu, d'hémorrhagie, par le simple fait d'un changement de canule, un malade que j'avais opéré depuis plusieurs mois.

pendant qu'une valeur statistique, et n'a par conséquent qu'une signification assez vague, eu égard aux faits isolés, trop différents entre eux.

L'observation de Trousseau, signalée déjà par nous (*Jour. des connaissances méd.-chirurg.*, 1840, t. VIII, p. 133) n'a, malgré ses quarante et quelques années de date, rien perdu de son intérêt, même au point de vue de la marche de l'affection :

Il s'agit d'un homme âgé de quarante-cinq ans, d'apparence robuste, sans antécédents héréditaires, qui fut pris, sans cause appréciable, de troubles laryngés que l'on retrouve dans la plupart des observations de cancer du larynx. Les premiers symptômes s'étaient montrés en 1836, et ils s'étaient aggravés sans cesse jusqu'en 1839, époque où Trousseau fut consulté. Privé de tout moyen d'investigation directe, et en présence de phénomènes peu caractéristiques par eux-mêmes, il considéra comme le plus probable, l'hypothèse d'une tumeur intra-laryngée. Il prescrivit toutefois successivement des traitements antiphlogistiques et antisyphilitiques, ce dernier étant particulièrement indiqué par les antécédents avérés du malade. Il n'y eut pas de résultat, les accidents respiratoires devenaient extrêmement menaçants. Au mois d'août 1839, la trachéotomie fut faite dans des conditions telles que l'opéré avait été jugé mort avant même la première incision, et qu'il fallut pratiquer pendant plus d'une demi-heure la respiration artificielle. Cependant, au bout de quinze jours, le malade se levait, et il put bientôt partir pour la campagne. Les forces et l'embonpoint revinrent rapidement ; pendant cinq mois l'état fut excellent. A partir de ce moment, la tumeur augmenta de volume, l'alimentation finit par être tout à fait impossible, et le malade mourut d'inanition *neuf mois* après l'opération.

Dans l'observation suivante, la survie fut encore bien plus longue à la suite de la trachéotomie.

M... est atteint de dysphonie depuis plus d'un an. Je constate, au laryngoscope, une altération de la corde vocale supérieure droite, ressemblant à une simple laryngite hypertrophique avec épaississement de la muqueuse. Le seul

phénomène discordant était l'absence de la toux. J'instituai, dans ce sens, un traitement local, sans obtenir de résultat, et je cessai de voir ce malade pendant fort longtemps. Environ trois ans après, j'appris que dans l'intervalle, des symptômes respiratoires étaient survenus, et que, graduellement aggravés, ils avaient nécessité depuis peu la trachéotomie. Quelques mois après avoir subi cette opération, le malade revint me voir. Son état de santé était excellent, et il ne se plaignait que d'une toux légère. Au laryngoscope, je constatai que la cavité du larynx était complètement oblitérée, que les aryténoïdes étaient extrêmement boursouflés, œdématiés, et que l'épiglotte participait à l'inflammation; elle était, en effet, volumineuse, renversée en arrière, et comme entraînée par son propre poids sur l'entrée du larynx. Lorsqu'on venait à oblitérer pour un instant la canule, la respiration était absolument impossible. Si je n'avais pas été éclairé déjà par d'autres faits, j'aurais hésité à admettre la nature maligne d'une affection qui, après un temps si long, n'avait encore eu aucun retentissement sur l'organisme : d'autant plus, qu'ayant vu le malade après plusieurs années de troubles phonétiques, je n'avais pas soupçonné la malignité de l'affection. Lors de mon second examen, l'affection datait de six ans aux moins, elle avait déjà nécessité la trachéotomie et ne s'était comportée cependant que comme aurait pu faire un corps étranger inerte. L'embonpoint du malade était conservé; pas de ganglions au cou, pas de salivation pas d'odeur caractéristique. L'absence de ce dernier phénomène s'expliquait, il est vrai, par défaut de respiration laryngée; mais tout l'aspect du malade indiquait un état général parfait. Les révélations laryngoscopiques étaient cependant devenues irrécusables ; il s'agissait bien dûment d'un cancer épithélial, mais je ne doute pas que l'excision de la partie malade eût donné, même à ce moment encore, un résultat satisfaisant. Il ne put en être question. Le malade se rendit dans le Midi, d'où je reçus des nouvelles de temps en temps. Peu à peu la déglutition s'embarrassa. Il survint de la salivation, ensuite les crachats furent teintés de sang; enfin, la tumeur en se développant, arriva à faire

saillie sur les bords de l'ouverture trachéale. Tous ces symptômes s'aggravèrent progressivement ; les nuits, restées bonnes jusque-là, étaient désormais entrecoupées par de fréquents accès de toux, l'état général devint mauvais et le malade amaigri, décoloré, commençait à présenter l'aspect cachectique.

Dans ce cas encore, les ganglions du cou ne s'engorgèrent qu'à la fin, et le malade survécut environ dix-huit mois à la trachéotomie.

Je pourrais citer bon nombre d'exemples analogues ; mais ces faits sont pour ainsi dire calqués les uns sur les autres, et il n'y aurait pas d'utilité d'en exposer plusieurs. J'ai tenu à faire connaître un de ces cas nombreux d'épithélioma à marche lente, observé au début, alors que l'extirpation de la partie malade eût pu donner un résultat satisfaisant. Il est vrai que je n'avais pas reconnu la nature du mal dès ma première inspection ; mais si je n'avais pas perdu ce malade de vue pendant longtemps, je n'aurais pas tardé à établir un diagnostic exact, et à en saisir les indications.

Après ces exemples, qui prouvent ce qu'on peut attendre de la bronchotomie, il est inutile de dire que les opérés peuvent succomber à des maladies intercurrentes, sans qu'on puisse tirer de ces insuccès un argument en faveur de la non-intervention. Un malade, par exemple, qui m'avait été adressé par M. le docteur Roché (de Charny), et sur lequel j'avais fait le trachéotomie, succomba, d'après cet honorable confrère, à des accidents très nets d'alcoolisme, sans qu'aucun phénomène nouveau se fût produit du côté des voies respiratoires.

En dehors de ces accidents, la trachéotomie éloigne bien manifestement le terme inévitable ; mais la lésion progresse toujours et finit par amener la mort, soit par les accidents locaux, soit par les accidents généraux. Nous avons signalé ces terminaisons : parfois le cancer intra-laryngien s'étend vers l'espace sous-glottique ; les bourgeons cancéreux viennent faire saillie sur les bords de la plaie trachéale, autour de la canule. Cette forme d'envahissement est même

assez commune. D'autre fois, l'extension se fait vers la partie supérieure, ou les deux modes de propagation sont simultanés. Le pharynx peut être alors compris dans la dégénérescence; mais c'est vers l'orifice supérieur de l'œsophage que le néoplasme s'étend principalement, produisant la dysphagie mécanique par rétrécissement du canal alimentaire. Contre cette complication, il n'y a qu'un recours, la sonde œsophagienne laissée à demeure, indéfiniment. J'ignore combien de temps cette situation peut se prolonger : certainement beaucoup plus que s'il n'y avait pas de sonde dans l'œsophage, d'abord parce que l'alimentation est suffisante, en outre parce que le malade n'avale pas constamment les détritus sanieux et purulents qui proviennent des ulcérations cancéreuses; les troubles gastriques, la diarrhée, n'ajoutent pas leur contingent au dépérissement. C'est dans ce cas qu'il est possible de juger de la résistance vitale d'un individu atteint de cancer du larynx et de l'œsophage, à partir du moment de la bronchotomie.

Il peut arriver aussi que le cancer envoie des prolongements dans toutes les parties situées au-devant du larynx. Dans un cas présenté par M. Monod (*Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 632), l'autopsie, faite avec soin, montra que le thyroïde était envahi par la dégénérescence, et que les muscles situés au devant de l'organe vocal étaient englobés dans une masse cancéreuse, qui se faisait jour par tous leurs interstices.

* *
*

Des trois méthodes qui ont pour but l'ablation totale du cancer, la plus simple consiste dans l'extraction de la tumeur par les voies naturelles. Elle ne réclame aucune opération préliminaire, et il est regrettable qu'elle ne puisse être préférée toujours. Mais elle exige de la part du chirurgien des connaissances spéciales, et elle ne peut s'appliquer qu'à un nombre restreint de cas.

Il n'est possible d'introduire, par l'orifice supérieur du larynx, que des instruments d'un volume et d'une forme déterminés, et on ne peut atteindre que certains points de l'organe. L'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, le vesti-

bule de la glotte sont facilement accessibles, mais la cavité même du larynx et surtout l'espace sous-glottique ne sont accessibles qu'à des mains très expérimentées.

Les tumeurs bien isolées et pédiculées peuvent être circonscrites par une anse métallique, ou, encore mieux, saisies avec une pince, même lorsqu'elles siègent en un point éloigné, sur les cordes vocales, par exemple ; mais les cancers affectant cette forme sont les plus rares. Ceux qui ont une large base d'implantation peuvent parfois être détruits localement avec le couteau galvanique et extraits ensuite avec des pinces. Ce dernier procédé, souvent inapplicable, a toujours le grave inconvénient d'exposer consécutivement à de redoutables hémorrhagies. Voici comment je procédai dans le cas suivant :

M. le docteur Léon Labbé me fit l'honneur de m'appeler dans son service à la Pitié pour examiner un malade qui s'y trouvait depuis quelques jours. Cet homme âgé de cinquante-deux ans, s'était présenté à la consultation avec une grande gêne de la respiration et un empêchement presque absolu à la déglutition. Il ne donnait pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires ; il avait toujours été lui-même de bonne santé et exerçait depuis longtemps, dans un village, la profession de crieur public. Il y avait six mois que les troubles dont il se plaignait avaient commencé à se produire. Au moment où il se présentait, cet homme était dans un état d'asphyxie lente et continue, il subissait en même temps une inanition progressive, pouvant à peine avaler quelques gouttes de liquide. Il y avait en même temps du cornage, et lorsqu'on engageait le malade à respirer profondément, l'inspiration brusquement entrecoupée s'arrêtait tout d'un coup. Aucun engorgement ganglionnaire.

A l'examen laryngoscopique, je constatai l'existence d'une tumeur d'apparence carcinomateuse, de forme approximativement pyramidale, dont le sommet arrivait jusqu'au vestibule du larynx et dont la base ne pouvait être vue, la masse de la tumeur ne permettant pas l'accès de la lumière jusqu'au point d'implantation. Il fut décidé avec M. Labbé, qui voulut bien me confier l'exécution de l'opération, que je tenterais

l'ablation de la tumeur par les voies naturelles. Une première tentative d'extraction, pratiquée au moyen d'une pince laryngée, provoqua un tel accès de suffocation, qu'il fallut ouvrir immédiatement la trachée. Je reconnus plusieurs jours après, l'examen étant devenu possible, que la tumeur était trop résistante pour être enlevée par arrachement, et qu'il y avait lieu d'employer le galvano-cautère.

Je fis cette opération, toujours par les voies naturelles, dix jours après la première tentative, avec un plein succès. En une seule séance, la tumeur fut enlevée en totalité par la bouche au moyen du couteau galvano-caustique intra-laryngé : la masse cancéreuse avait à peu près le volume d'une grosse noix. Perte de sang insignifiante.

Aussitôt après l'opération, nous pûmes nous assurer, en bouchant la canule, que les voies respiratoires étaient entièrement libres; dès le lendemain, la déglutition put s'opérer. La voix était intacte. En un mot, le malade était guéri pour l'instant, il put quitter l'hôpital après quelques jours.

Il reprit sa profession de crieur public et l'exerça sans en éprouver plus de fatigue qu'antérieurement. Mais au bout d'un an les symptômes dyspnéiques se reproduisirent, puis la voix s'altéra de nouveau, le malade reparut dans le service de M. Labbé, et je reconnus que la tumeur s'était reformée. Une seconde opération fut faite et fut encore suivie du plus heureux résultat. Pendant une nouvelle période de onze mois, cet homme put se croire guéri, mais lorsqu'une seconde récidive se fit à ce moment, il n'était plus possible d'intervenir chirurgicalement : le pharynx et probablement la portion supérieure de l'œsophage avaient été envahis à leur tour, les ganglions cervicaux s'étaient tuméfiés, la cachexie s'accusait visiblement, et dans ces conditions nous dûmes renvoyer le malade chez lui ; il ne tarda pas à y succomber.

L'examen histologique de la tumeur, fait par M. Malassez, concordait avec notre diagnostic, mais il est bien certain que dans ce cas la clinique pouvait à elle seule affirmer, d'une manière absolue la malignité de cette tumeur, qui, après deux récidives, conduisit le malade à la cachexie et à la mort.

Le fait vraiment significatif dans cette observation, c'est l'amélioration considérable, on pourrait dire la guérison momentanée, obtenue à la suite des opérations, alors que le malade paraissait en imminence de mort et que l'organisme même semblait profondément déchu. Il est évident que le cancer n'avait agi jusqu'alors que comme un corps étranger et que la déchéance organique provenait, d'une part, de l'insuffisance de la respiration, d'autre part de la dysphagie; mais l'infection ne s'était pas encore opérée; le malade put recouvrer l'intégrité de sa santé aussitôt que la cause, pour ainsi dire mécanique, des troubles fonctionnels, a été supprimée. Cet homme retira de nos deux opérations un bénéfice net de vingt-trois mois pendant lesquels son état fut si satisfaisant, qu'il put travailler aussi bien qu'avant d'être malade, et reprendre son état de crieur public! On peut affirmer, en outre, que s'il avait été opéré plus tôt, le résultat aurait été beaucoup plus favorable encore, attendu que la tumeur était déjà bien grosse quand je la vis pour la première fois, et qu'elle a dû mettre un temps fort long à se développer.

C'est en me réglant sur ces considérations que je disais du cancer de l'épiglotte, que s'il est très grave à cause de sa tendance à l'envahissement des voies digestives supérieures, il rachète en partie cette condition défavorable, par sa plus grande curabilité. L'épiglotte étant la partie du larynx la plus rapprochée de l'orifice buccal, la mieux isolée en même temps, et la plus mobile, il est presque toujours facile de la circonscrire, dans une anse métallique par exemple, et d'en pratiquer l'ablation. C'est ce que je fis pour le malade du service de M. Desormeaux, dont il est question plus haut. Il y avait cependant chez cet homme de l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire, et le rejet de toute intervention s'expliquerait lorsque le malade présente déjà l'adénopathie, qui, dans toute affection cancéreuse, est considérée comme le premier indice d'une généralisation. C'est, de l'avis unanime, la limite au delà de laquelle une opération ne saurait être entreprise sans témérité. La même règle s'imposerait pour le cancer du larynx, s'il n'y avait lieu de distinguer ici entre l'opération palliative qui est la trachéotomie ou la laryngotomie, n'ayant

pour but que d'empêcher l'asphyxie, et une opération toute différente, visant par d'autres moyens, à un but curatif.

Dans un autre cas dont voici l'histoire, je pus faire une ablation complète de la tumeur cancéreuse par les voies naturelles sans bronchotomie préalable. J'avais alors, malgré la situation du néoplasme, la pensée de faire une opération curative, et le but fut atteint au moins pour un temps, car je n'ai pas su si, dans la suite, une récidive s'était produite, tout en admettant cependant qu'il a dû en être ainsi.

M. l'abbé ... me fut adressé par le docteur Ferrand, au mois de mai 1873. Il était âgé de cinquante-neuf ans, s'était toujours bien porté et paraissait jouir d'une bonne constitution.

Il y a quatre ans, il fut pris subitement, en parfait état de santé, d'une extinction de voix qui persista depuis ce moment avec quelques alternatives de mieux ou de pire, mais la voix restant toujours couverte et enrouée. La respiration demeura normale d'abord; mais il survint cependant, quelques mois après l'apparition de l'aphonie, un accès de suffocation qui dura quelques heures et se dissipa sans laisser aucune trace. A part cet accident, l'abbé ... ne ressentit qu'un léger picotement qu'il rapportait au larynx et au pharynx, mais il put continuer ses fonctions, dire sa messe, et se soumettre à toutes les exigences de son sacerdoce.

Au mois de juin dernier, survint de la dyspnée, augmentée par la marche ou tout autre exercice, puis la respiration devint bruyante et pénible, le décubitus dorsal était impossible; les nuits peu à peu troublées se passèrent à la fin presque sans sommeil. La toux se produisit à ce moment; elle était spasmodique, rauque, comme étranglée, toujours très violente et suivie d'une expectoration blanchâtre, visqueuse, qui était difficilement expulsée.

Le médecin consulté par l'abbé ... conseilla l'application de teinture d'iode sur le cou, un visicatoire, des badigeonnages avec une solution d'alun; enfin des vomitifs et des gargarismes de diverses natures.

L'état s'aggravant sans cesse, M..... se décida à venir à Paris et se rendit à la maison hospitalière des frères Saint-Jean-de-Dieu. M. Ferrand, médecin de cet établissement, reconnais-

sant qu'il s'agissait d'une affection laryngée grave, me fit l'honneur de m'adresser le malade. L'examen laryngoscopique ne put être bien fait qu'après plusieurs tentatives, à cause de certaines dispositions anatomiques, le renversement de l'épiglotte en arrière, l'étroitesse du pharynx et l'excessive petitesse de la bouche. Je vis cependant que la corde vocale droite était inégale à son bord libre, qu'elle était en outre boursouflée, rouge et immobile ; en outre, toute la muqueuse du larynx était rouge et tuméfiée. Nous convînmes de soumettre M. ... à un traitement hydrargyrique. Après une dizaine de jours de ce traitement auquel fut ajouté à la fin l'iodure de potassium, je fis un nouvel examen laryngoscopique. Les cordes vocales s'écartaient un peu mieux et je pus voir immédiatement au-dessous de la corde vocale droite une grosse tumeur lobulée, régulièrement arrondie qui ne laissait dans la cavité de l'organe qu'un orifice de 3 à 4 millimètres pour le passage de l'air. Tous les accidents s'expliquaient dès lors : il s'agissait d'une grosse végétation ayant envahi tout l'espace sous-glottique et peut-être aussi la partie contiguë de la trachée.

Le traitement interne amena des troubles gastriques, et il fallut le supprimer; d'ailleurs les accidents allaient croissant rapidement; quinze jours après son arrivée à Paris, le malade était constamment sous le coup d'une asphyxie imminente; le cornage était continu et le moindre exercice était suivi de menaces de suffocation.

Dans cet état de choses, il fallait intervenir; d'accord avec M. Ferrand, j'ai tenté l'extraction de la tumeur par les voies naturelles, me réservant, dans le cas de non-réussite, de faire la thyrotomie restreinte, que j'avais déjà employée avec succès. Après avoir fait les préparatifs de la laryngotomie, je fis avec l'anse galvano-caustique une première tentative d'extraction par la partie supérieure ; je fus assez heureux pour saisir la tumeur et l'étrangler; alors, rendant le fil incandescent, je pus en ramener au dehors une petite partie. Cette application fut suivie d'un formidable accès d'étouffement, pendant lequel le malade, privé de respiration, sembla devoir mourir. Le calme revint cependant

peu à peu, et je pus, dans la même séance, faire plusieurs applications semblables à la première, en ramenant presque à chaque fois des parcelles de la tumeur. L'opération était de mieux en mieux supportée. A la fin de cette séance, à laquelle assistaient M. Ferrand et son interne, le malade respirait un peu plus librement. Le lendemain, les crachats furent très abondants, mais le soulagement obtenu ne se démentit pas.

Cinq jours plus tard, je fis la même opération avec un succès analogue et M..... put immédiatement après rentrer chez lui à pied, faire par conséquent un trajet de vingt-cinq minutes environ.

Huit jours après, nouvelle opération en présence de M. Guyon. Cette fois, la tumeur n'étant plus assez saillante, j'employai à la place de l'anse, le couteau laryngé galvano-caustique. Il fallut encore faire deux séances, après lesquelles la tumeur ayant été complètement détruite, je ramenai avec la pince laryngée quelques débris noirâtres et adhérents ; je cautérisai le point d'implantation avec du nitrate d'argent, et je m'en tins là.

Il resta de l'enrouement, un très léger bruit pendant l'inspiration, et je m'assurai que ces troubles tenaient à ce que la corde vocale droite ne s'écartait pas complètement pendant l'inspiration. Toutefois la respiration était ample et très suffisante, l'opéré pouvait marcher et monter l'escalier avec la rapidité que comportait son âge; toute sensation d'oppression avait cessé, le décubitus dorsal était très bien supporté, le sommeil était revenu, et l'état général était tout à fait satisfaisant.

Je conseillai contre la laryngite l'usage des eaux sulfureuses, et l'abbé ..... put rentrer dans sa cure où il reprit l'exercice de son ministère. J'ai perdu de vue ce malade depuis ce moment, mais deux ans environ après l'opération, j'appris par M. Ferrand, sans aucun autre détail, que notre malade était décédé.

Cette observation montre le procédé *opératoire par les voies naturelles* que je crois le plus utile à employer en pareil cas : enlever avec une anse galvanique la tumeur quand elle

est pédiculée, ou les parties saillantes de la tumeur; et puis détruire les tissus au niveau du point d'implantation, avec le couteau galvanique.

* *
*

L'ablation par les voies artificielles était la seule voie par laquelle on pût pénétrer dans la cavité du larynx avant l'intervention du laryngoscope. Desault eut le premier l'idée de cette opération, mais il ne la pratiqua pas. (Desault. *Œuvres chirurgicales* publiées par Bichat. Paris, 1798, 11e partie p. 251.) On attribue à Brauërs (de Louvain) le premier cas de laryngotomie. Cependant ce fait, cité en maints ouvrages, et généralement tenu pour authentique, n'est connu que par les descriptions d'Albers, d'Ehrmann et de Middeldorpf. Il m'a toujours été impossible de trouver les traces d'une publication à ce sujet, faite par Brauërs même. D'après les analyses, ce chirurgien aurait fait la section du cartilage thyroïde pour extraire des végétations, probablement cancéreuses, chez un homme de quarante ans L'observation publiée par Ehrmann eut plus de retentissement; elle est enregistrée dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris*, t. XVIII, 1844, sous le titre de « Laryngotomie dans un cas de polype du larynx » et a été bien souvent relatée. La lecture attentive de cette observation me donne la certitude qu'il s'était agi d'un cancer du larynx.

Il est un point de la question sur lequel il n'y a pas encore, dans la pratique, de règle établie, malgré l'importance réelle qui s'y attache; c'est à savoir si, avant de commencer la laryngotomie, il n'y a pas avantage à ouvrir la trachée, de façon à assurer le libre passage de l'air pendant la durée de l'opération. Suivant certains auteurs, il ne faut pas hésiter à faire la trachéotomie préalable. Cette règle est trop exclusive; il est des cas où, la tumeur étant bien localisée, l'ablation se fait avec une facilité extrême; il sera cependant plus prudent de faire la trachéotomie préventive toutes les fois qu'on aura lieu de craindre une hémorrhagie, ou encore quand on aura l'intention d'opérer avec un cautère galvanique ou thermique. Sans dangers par elle-même, la trachéotomie offre

des avantages sérieux : elle permet d'anesthésier le malade en dirigeant les vapeurs somnifères directement dans les voies aériennes par la canule trachéale, et elle met à l'abri de l'asphyxie. Quand on emploie l'anse où le couteau galvanique, il se dégage une certaine quantité de fumée qui provoque, par irritation, un spasme glottique bien plus facilement que ne fait le contact simple des instruments. Cet accident seul peut être assez menaçant pour forcer à pratiquer avant tout la trachéotomie. Il m'est arrivé plusieurs fois pendant l'opération, faite par les voies naturelles il est vrai, d'être contraint de cesser l'opération commencée, pour ouvrir la trachée. Sans cette précaution, il est des cas où l'écoulement du sang dans les bronches peut avoir les plus graves conséquences, non à cause de la quantité même du liquide, cette quantité étant rarement très considérable, mais parce que le sang épanché se coagule dans les ramifications bronchiques et les obstrue. Avec la trachéotomie, on échappe à ce danger si l'on a soin de faire le tamponnement de la trachée ; les malades le supportent facilement, grâce aux appareils récents et surtout à la canule-tampon de Trendelenburg. Le tamponnement peut être maintenu pendant plusieurs jours et protéger contre les hémorrhagies consécutives aussi bien que contre celles qui accompagnent l'opération.

* *
*

Il n'est pas toujours aisé de distinguer, dans les anciennes observations, entre les végétations bénignes et malignes ; et aujourd'hui, où le diagnostic est rendu infiniment plus facile par l'usage du laryngoscope, on est encore obligé de mettre sous la même rubrique les carcinomes et les sarcomes du larynx, c'est-à-dire toute végétation qui récidive, ce qui, au point de vue clinique, est le point capital, primant tout autre.

Un quart environ de l'ensemble des laryngotomies entreprises jusqu'à ce jour (on en a publié un peu plus d'une centaine), ont eu pour but l'extirpation de végétations épithéliales, sarcomateuses, ou carcinomateuses proprement

dites, qui entrent toutes dans notre cadre. On a pratiqué la thyrotomie simple, la crico-thyrotomie complète, l'ouverture de la membrane crico-thyroïdienne (opération de Vicq d'Azyr, que j'appelle, pour la distinguer de la précédente, la laryngotomie *inter*-crico-thyroïdienne), la cricotomie seule, et la laryngotrachéotomie. On a donc ouvert le larynx exactement comme pour les corps étrangers et les polypes simples, par tous les procédés, excepté par la méthode sous-hijoïdienne.

Voici, par ordre de date, les noms des opérateurs et les résultats obtenus par eux (résumé d'après les tableaux statistiques de P. Bruns), des diverses variétés de laryngotomies et suivies d'extirpation des tumeurs pratiquées jusqu'à ce jour, pour le cancer du larynx. Nous y faisons figurer, sans distinction, quatre cas qui se rapportent, selon les auteurs, à des sarcomes :

1851, 3 mai. — *G. Buck.* Récidive. Date de la mort inconnue.

1851, 20 septembre. — *Le même.* Récidive. Mort dix mois et demi après l'opération.

1863, 28 février. — *Sands.* Pas de récidive. Mort après vingt-deux mois d'un cancer du rein et de l'uretère.

1864, 20 avril. — *Gibb-Holthous.* Récidive. Mort un an après l'opération.

1866, 3 juillet. — *Désormeaux.* Récidive après dix-huit mois.

1866, mai. — *Le même.* Récidive. Mort après dix-huit mois.

1867, 25 mai. — *Balassa.* Récidive. Date de la mort inconnue.

1867, août. — *Elsberg.* Mort six mois après l'opération.

1868, 30 mai. — *Balassa.* Résultat définitif inconnu.

1869, janvier. — *Schrötter.* Mort onze jours après l'opération.

1869, juillet. — *Michel.* Récidive après quatorze jours (!) Date de la mort inconnue.

1869, 17 octobre. — *Mackenzie-Wordsworth.* Récidive après deux mois. Mort après sept mois.

1869. — *Navratil.* Mort « après quelque temps (?) »

1869. — *Lewin.* Récidive. Date de la mort inconnue.

1869. — *Le même.* Même résultat.

1872, mai. — *Thornton.* Mort six semaines après l'opération.

1873, 27 octobre. — *Billroth.* Récidive, extirpation totale du larynx. Mort six mois après la seconde opération.

1874, 26 février. — *Hemecke-Ziemssen.* Récidive après huit mois. Date de la mort inconnue.

1874. — *Les mêmes.* Mort cinq semaines après l'opération.

1875, 16 février. — *Menzel.* Résultat inconnu.

1875. — *Wilms.* Mort sans autres renseignements.

Il suffit d'un rapide coup d'œil jeté sur les faits que nous venons d'annoncer pour juger de l'inefficacité de ces interventions chirurgicales. Si peu favorables qu'aient été jusqu'ici les résultats de l'extirpation totale du larynx, — nous en parlerons dans un instant, — ils sont cependant préférables à ceux de la laryngotomie suivie d'extirpation de la tumeur.

* *
*

L'insuffisance finale des opérations dont il vient d'être question a conduit de hardis chirurgiens à entreprendre davantage, et à tenter l'extirpation totale du larynx ; les exemples en sont encore peu nombreux. Ils ne fournissent pas les éléments d'une appréciation définitive, mais ils ne laissent pas que de présenter cette opération sous un jour peu favorable. De prime abord elle pourrait même passer pour une excentricité chirurgicale ; mais on voit, en suivant son court historique, qu'elle fut précédée par différentes méthodes d'ablation partielle que nous avons décrites, et qu'on s'était appuyé également sur des vivifisections faites avec succès.

En opérant sur des chiens, Czerny montra que l'extirpation du larynx ne compromettait pas nécessairement l'existence des animaux, pourvu qu'elle fût faite avec certaines précautions. Dans ses quatre premières expériences, les animaux succombèrent, il est vrai, un au bout de deux jours, deux après quinze jours, et le dernier au bout de quatre se-

maines, par l'asphyxie causée à la suite du déplacement de la canule; mais dans une cinquième expérience, Czerny se mit à l'abri de cet accident; il fit la trachéotomie préalable, et n'entreprit l'extirpation que quelques jours plus tard, après s'être assuré que des adhérences unissaient la trachée à la peau. Dans ces conditions et avec une canule de grande dimension, il n'y avait plus à craindre de déplacement de la trachée. Pour l'opération principale, l'animal fut endormi; la peau fut fendue longitudinalement depuis l'os hyoïde jusqu'à l'orifice trachéal et les parties molles furent disséquées sur les côtés du larynx. La trachée fut ensuite coupée au-dessous du cricoïde, et l'organe enlevé par dissection de sa face postérieure jusqu'au niveau des aryténoïdes. Les grandes cornes du thyroïde furent coupées et tout l'organe séparé de l'os hyoïde par la section transversale de la membrane. Dans ces expériences, l'épiglotte fut laissée en place et fixée avec une suture, mais, dans d'autres cas, Czerny enleva aussi ce dernier cartilage et vit que l'opération n'en était pas plus compliquée.

Trois ans plus tard (décembre 1873), Billroth fit sur l'homme la première extirpation totale du larynx. L'opération réussit en elle-même, le malade se rétablissant momentanément, mais la lésion récidiva presque aussitôt et l'emporta trois mois après. Cet exemple eut des imitateurs, et dans l'année 1874 il fut fait quatre opérations d'extirpation du larynx par Heine, Maas, Schmidt et Billroth (second cas). Nous allons donner l'analyse rapide de ces faits ainsi que de ceux qui ont été publiés depuis, et qui appartiennent à Schœnborn, Bottini, Langenbeck, de Foulis et Gerdes. Dans une bonne thèse inaugurale soutenue à Paris en 1876, M. Hermantier a résumé la question, décrit la technique de l'extirpation d'après les opérateurs dont il a très bien analysé les publications, et nous aurons à notre tour à faire à M. Hermantier plusieurs emprunts. Max Schuller (*In Deutsche Chirurgie*, Stuttgart, 1880), vient de compléter ces relevés que nous mettons également à contribution.

D'après les expériences de Czerny, la trachéotomie préventive semblait absolument indiquée, elle assurait les adhérences et par suite l'immobilité de la trachée. On lui reconnut

d'autres avantages ; elle permettait d'entretenir l'anesthésie chloroformique d'une façon régulière aussi longtemps que durait l'opération ; elle assurait la respiration et mettait à l'abri du danger immédiat le plus redoutable, la pénétration du sang dans les bronches. Aussi fut-elle généralement acceptée. Il faut la pratiquer environs dix jours avant l'opération principale ; ce temps suffit à l'établissement des adhérences, et, ce qui est plus important, à habituer le malade à ce nouveau mode de respiration. On remplace alors la canule ordinaire par la canule-tampon de Trendelenburg. La partie capitale de ce dernier instrument est une poche en caoutchouc que l'on gonfle à volonté et qui s'applique exactement au pourtour de la trachée. La canule peut être maintenue pendant un temps indéfini et protéger par conséquent les voies aériennes contre l'accès des liquides purulents que sécrète la plaie, aussi bien que contre l'irruption du sang au moment même de l'opération.

L'opération elle-même comprend trois phases successives : dans la première, on découvre le larynx ; dans la deuxième, on isole l'organe ; dans la troisième, on l'extrait.

Pour découvrir l'organe, on a eu recours soit à une simple incision exactement faite sur la ligne médiane et s'étendant du bord inférieur de l'os hyoïde à un centimètre de la plaie trachéale, soit à une double incision prenant la forme d'un T. Dans ce dernier cas, l'incision horizontale est faite à un centimètre au-dessus du bord supérieur du thyroïde, au niveau à peu près de l'os hyoïde, et elle s'étend transversalement de l'un à l'autre des sterno-cléido-mastoïdiens. L'incision longitudinale doit avoir la même longueur que dans le premier cas. Les opérateurs ont pratiqué l'une ou l'autre de ces deux incisions, soit que, comme Billroth, ils fissent l'extraction du larynx de bas en haut, ou soit que, à l'exemple de Maas et de Langenbeck, ils procédassent inversement.

Lorsque les lambeaux cutanés ont été écartés, commence le deuxième temps, c'est-à-dire l'isolement de l'organe. Il n'offre rien de particulier et consiste dans la dissection attentive des tissus situés au-devant et sur les côtés du larynx, Pendant cette exploration, le chirurgien s'assure qu'il n'existe

point de prolongement de la tumeur dans les parties environnantes. S'il veut avoir, avant de passer outre, la confirmation directe de son diagnostic, il pourra, comme plusieurs l'ont fait, finir la laryngotomie par la section du thyroïde et s'assurer de l'état de l'organe. Dans le cas où les muscles qui entourent le larynx sont sains, il doivent être maintenus avec des écarteurs confiés à des aides, et le chirurgien doit, autant que possible, étancher complètement la plaie.

C'est à partir de ce moment que commence l'opération proprement dite ou l'extirpation. Nous avons dit que deux procédés inverses avaient été mis en œuvre : dans le procédé de Billroth, la dissection est faite de bas en haut ; le larynx est tout d'abord fixé avec des érignes et attiré en avant ; on le sépare alors de la trachée par une section passant au-dessous du cricoïde, puis on dissèque la paroi postérieure jusqu'à ce qu'on ait complètement séparé le larynx de l'œsophage ; après quoi on sectionne le ligament thyro-hyoïdien, dernière attache de l'organe. Au lieu de sectionner au-dessous du cricoïde, il y aurait avantage, si le cancer ne descendait pas aussi bas, à faire une section transversale dans le cricoïde même, de façon à laisser à la trachée un orifice incompressible. Maas pratiqua cette modification dans son second cas, et se servit, pour sectionner le cartilage, de la pince de Liston.

Dans le second procédé qui a été institué par Maas, l'extirpation est commencée par la section des attaches supérieures du larynx, ligaments thyro-hyoïdiens et thyro-épiglottiques. Comme dans le cas précédent, le larynx est attiré en avant pour rendre plus facile la dissection de la paroi postérieure. Inférieurement on termine par la section transversale au-dessous du cricoïde, ou dans la hauteur de ce cartilage, suivant les cas.

Quelle que soit la méthode employée, il faut ménager avec soin la paroi œsophagienne si elle est saine. Mais dans la plupart des cas, l'opérateur a été conduit à enlever avec le larynx la partie supérieure de l'œsophage impliqué dans la dégénérescence. Cela ne complique pas en réalité l'opération, l'alimentation devant, dans tous les cas, se faire, pendant

TABLEAU DES CAS D'EXT

NUMÉROS D'ORDRE.	NOM DE L'OPÉRATEUR.	DATE de L'OPÉRATION.	SEXE du MALADE.	AGE du MALAD
1	Billroth (Vienne).	31 décembre 1873	Homme.	36 an
2	Heine (Prague).	28 avril 1874.	Homme.	?
3	Maas (Breslau).	1er juin 1874.	Homme.	?
4	Schmidt (Francfort-sur-Mein).	12 août 1874.	Homme.	56 an
5	Billroth (2e cas).	30 novembre 1874.	?	?
6	Schoœnborn (Kœnigsberg).	22 janvier 1874.	?	?
7	Bottini (Turin).	6 février 1875.	Homme.	?
8	Langenbeck (Berlin).	17 juillet 1875.	Homme.	57 an
9	Maas (2e cas).	5 février 1876.	?	?
10	David de Foulis (Glascow).	10 septembre 1877	Homme.	28 ans
11	Gerdes.	»	Homme.	?
12	Bottini (2e cas).	29 août 1877.	Homme.	48 ans

PATION TOTALE DU LARYNX.

MODE OPÉRATOIRE EMPLOYÉ.	SUITES immédiates de L'OPÉRATION	RÉSULTAT DÉFINITIF.
Tamponnement de la trachée. Incision longitudinale. Ablation de bas en haut, sans thyrotomie.	?	Récidive survenue au bout de trois mois. Mort.
Incision longitudinale. Ablation de bas en haut. Thyrotomie.	Sort le 30 mai.	Récidive survenue au bout de six mois. Mort.
Ablation de haut en bas.	Pneumonie le treizième jour.	Mort le quatorzième jour.
Incision longitudinale. Ablation de bas en haut. Thyrotomie.	Collapsus.	Mort le cinquième jour.
Ablation de bas en haut. Pas de tamponnement préalable.	Pneumonie double.	Mort le quatrième jour.
Ablation de bas en haut.	Bronchite putride. — Gangrène du poumon.	Mort le quatrième jour.
Ablation de haut en bas, Pas de tamponnement préalable.	Érysipèle.	Guérison. Les dernières nouvelles du malade sont de 1878. Trois ans après l'opération la santé était parfaite.
Tamponnement préalable et anesthesie chloroformique. Incision en T. Ablation de haut en bas.	État satisfaisant.	Pas de nouvelles de ce cas depuis le onzième jour après l'opération.
?	?	Pas de renseignements sur le résultat.
Le malade a subi déjà deux laryngotomies partielles suivies de récidives. — Incision longitudinale. Ablation de bas en haut. Pas de laryngotomie.	?	Ce cas est donné comme guérison: Appréciation prématurée, les renseignements ayant été donnés trop peu de temps après l'opération.
?	Pneumonie.	Mort le quatrième jour.
Incision en T avec le couteau galvanique. Dénudation du larynx avec le couteau. Section de la trachée avec l'anse galvanique, puis section supérieure de la même façon. Ablation de la partie supérieure de l'œsophage. Opération exsangue.	Pneumonie droite. Le 30 août, pneumonie gauche.	Mort le second jour.

NUMÉROS D'ORDRE.	NOM DE L'OPÉRATEUR.	DATE de l'opération.	SEXE du MALADE.	AGE du MALADE
13	Wegner (Berlin).	17 septembre 1877	Femme.	52 ans
14	V.-V. Bruns.	29 janvier 1878.	Homme.	54 ans
15	Rubio (Madrid).	18 mai 1878.	Homme.	41 ans.
16	Billroth (de Vienne).	juillet 1878.	Homme.	?
17	Czerny.	août 1878.	Homme.	46 ans.

quelque temps, au moyen d'une sonde introduite par la plaie opératoire.

Quant aux soins à donner aussitôt après l'opération, ils ont varié avec chaque opérateur ; il n'y a pas de règle établie à cet égard ; mais on s'est généralement borné à recouvrir la plaie, et on n'a mis de sutures que dans les cas où la surface de la plaie était par trop étendue.

En elle-même, l'opération ne paraît pas très redoutable ; elle a toujours été menée à bonne fin, même dans le cas de Langenbeck, qui enleva le larynx, la partie supérieure de l'œsophage, les parties latérales du pharynx, le tiers postérieur de la langue, et qui fit quarante et une ligatures.

Les accidents secondaires, hémorrhagies, réaction inflammatoire, ne se sont pas montrés menaçants dans les cas où la survie a été assez longue pour qu'ils eussent pu survenir, et ils n'ont dans aucun cas produit la mort rapide.

Cependant, à ne prendre que les résultats définitifs, voici le bilan des dix-sept cas publiés jusqu'à présent. (Voir le tableau suivant.)

On voit que sept fois la mort survint du deuxième au

MODE OPÉRATOIRE EMPLOYÉ	SUITES immédiates de L'OPÉRATION.	RÉSULTAT DÉFINITIF.
?	Favorables.	?
?	Favorables.	Récidive; mort au bout de 9 mois.
?	—	Mort au bout de 5 jours.
Extirpation de la moitié gauche du larynx.	Favorables.	Encore vivant au bout de 11 mois, mais présente des engorgements ganglionnaires.
?	Favorables.	Encore en vie, juin 1879.

quatorzième jour, plus souvent le quatrième, par le fait de complications pulmonaires dont la plus commune est la pneumonie, et la plus rare la gangrène ; une fois la mort était due (au 5e jour), à un collapsus dont le malade n'était réellement pas sorti depuis l'opération ; dans trois cas, où le résultat sembla quelque temps devoir être favorable, les malades furent emportés par des récidives, le premier opéré de Billroth, trois mois, celui de Heine, six mois, et le malade de V.-V. Bruns, neuf mois après l'opération. Dans le cas de Wegner, le résultat est inconnu. Le malade de Billroth atteint d'engorgements ganglionnaires n'a pas dû survivre longtemps à l'apparition de ce phénomène. Quant à l'opération de Czerny, elle est de date trop récente pour permettre une conclusion.

Restent quatre cas pour lesquels on laisse volontiers entendre que la guérison s'est produite. Cependant il n'y a sur ces quatre faits qu'une guérison bien établie, c'est celle du malade que Bottini opéra en 1875, et duquel, trois ans après, en 1878, il écrivait à M. Marelle qui m'a communiqué la lettre : « Mon opéré est toujours vivant et surtout bien portant. Main-

tenant il est occupé comme facteur de poste entre Intra et Miativa, petit village éloigné d'Intra de 10 kilomètres, qu'il parcourt tout les jours à pied. »

Quant aux trois autres malades, voici comment ils se dénombrent : l'un est celui de Langenbeck, qui présenta l'observation à la Société médicale de Berlin (28 juillet 1875), et qui put dire à ce moment (douze jours après l'opération) que son opéré était vivant. Mais depuis cette époque, on apprit que l'opéré avait succombé quatre mois après l'opération (Max Schüller).

Le même reproche s'adresse aux cas de Maas et de Foulis, publiés comme des guérisons trop peu de temps après l'opération. Il n'est pas possible de faire entrer en ligne de compte des faits qui manquent précisément du renseignement le plus essentiel (1).

* * *

Nous aurons quelques réflexions à ajouter sur la substitution d'un larynx artificiel chez les individus ayant subi l'extirpation du larynx, mais il nous sera permis d'être bref à ce sujet. Il s'était produit, concernant cet instrument, un certain enthousiasme sur lequel il a fallu cependant singulièrement rabattre dans la pratique.

Czerny, l'auteur de la première extirpation du larynx sur le chien, a été le premier aussi qui ait eu l'idée de remplacer l'organe vocal de ces animaux, par un instrument apte à produire des sons. Cet instrument, exécuté par Leiter, de Vienne, fut d'abord modifié par Güssenbauer et exécuté par Thurriegel, de Vienne, pour être adapté à l'opéré de Billroth. L'idée a été reprise ensuite par Hueter, qui fit exécuter son larynx artificiel par Weinberg de Greifswald. Foulis et Irvine à leur tour, firent construire un larynx artificiel par Foulds, à Glasgow.

(1) Nous apprenons au dernier moment (janvier 1880), par le mémoire de Max Schüller, que le malade de Maas est mort d'un cancer de la langue après l'opération du larynx, et que le malade de Foulis, vivait encore un an après l'opération (27 septembre 1878). Qu'est devenu celui-ci dans les dix-huit mois qui ont suivi ?

Tous ces appareils sont basés sur le même principe : canule à double branche, une descendante, trachéale, l'autre ascendante, laryngée, celle-ci munie d'une anche vibrante. Le son transmis à la cavité pharyngo-buccale, y est utilisé pour le langage.

Des malades qui ont survécu quelques jours seulement à l'extirpation du larynx, ont subi l'expérience de la mise en place d'un larynx artificiel. Des inconvénients rapidement manifestés, ont fait toutefois, reculer ce moment pour les derniers opérés. Chez tous il survenait une sécrétion abondante qui, en recouvrant l'anche artificielle, en éteignait les vibrations. Bientôt on se contentait de la canule à double branche (modèle de la canule de M. Richet), pour assurer la respiration par les narines et la bouche, et on ne mettait l'appareil à anche en place, qu'aux moments de l'exhibition des malades, qui alors firent entendre des sons.

En vérité, il importe bien peu qu'un individu voué à une mort certaine à bref délai, produite ou ne produise pas quelques sons, et la canule à double branche suffit pour permettre au malade de se faire comprendre en chuchotant. L'appareil vocal artificiel ne serait justifié que dans les cas de rétrécissement du larynx de nature bénigne, comme cela a lieu dans les plaies au cou avec cicatrisation vicieuse après les tentatives de suicide, ou dans les laryngo-sténoses syphilitiques, ou nécrosiques ; dans tous les cas enfin compatibles avec la vie.

Nous avons vu qu'en ce qui concerne les tumeurs qui font l'objet de cette étude, un seul malade sur 17 a vécu encore trois ans après l'opération. Cette observation même a encore besoin de vieillir, et lorsqu'il y aura tout lieu d'espérer que la récidive ne se produira pas, nous serons en droit de revenir à la question que nous avons déjà posée, à savoir si dans ce cas il s'agissait réellement d'une de ces tumeurs malignes dont il est question ici. Celles-ci nous ont si peu habitué à une soumission définitive devant le bistouri, que le doute n'est malheureusement que trop justifié. Quoiqu'il en soit, Bottini, l'heureux chirurgien de ce malade, nous apprend que celui-ci ne supporte pas

l'appareil vocal artificiel, et qu'il a fallu se contenter d'un larynx artificiel, sans anche vibrante, ce qui revient à dire, ce nous semble, que ce malade porte une simple canule à double branche.

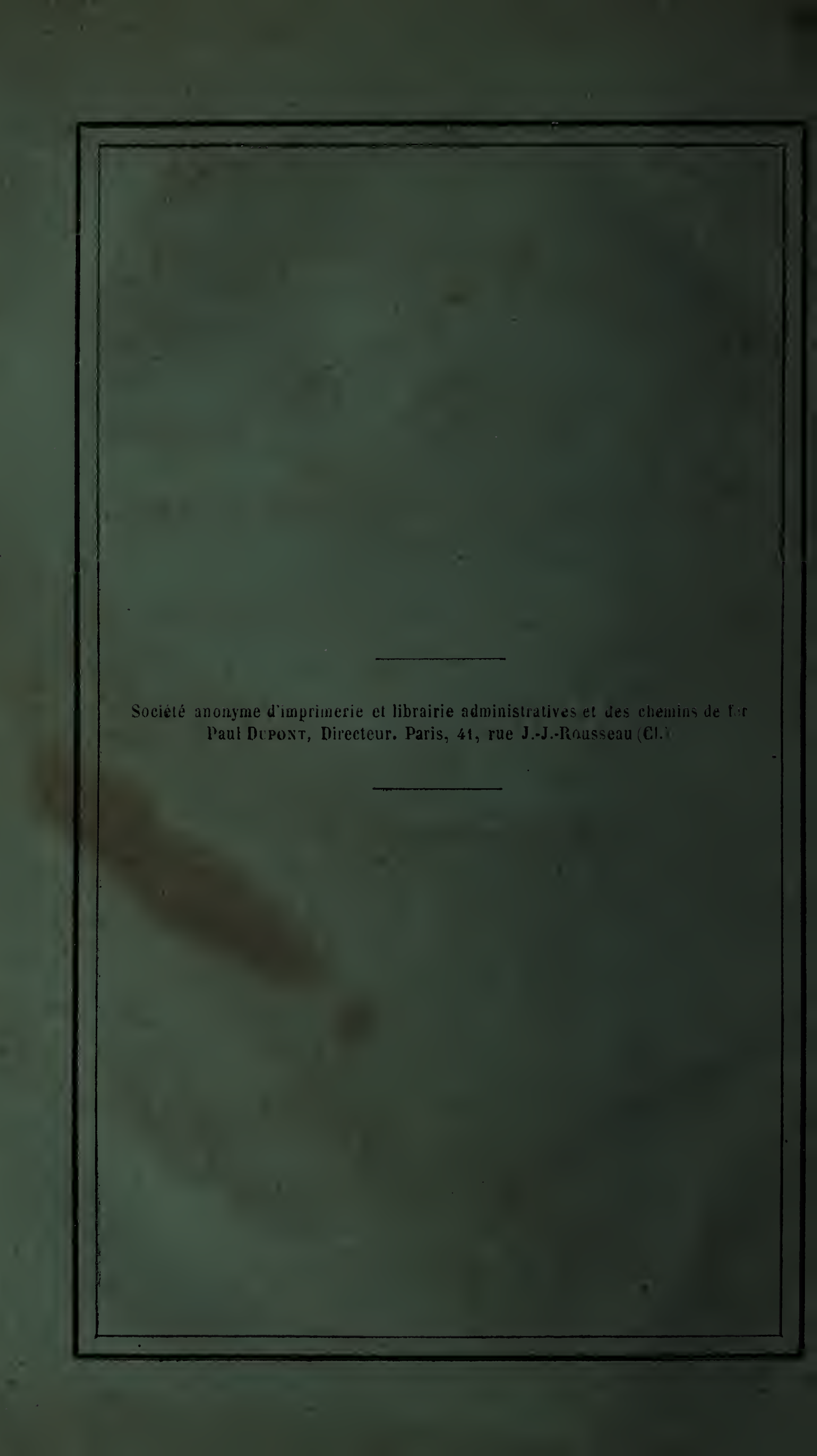
Voilà donc sur dix-sept cas d'extirpation du larynx tout le résultat obtenu jusqu'à ce jour.

En vérité, abstraction faite du retentissement qui se rattache à des hauts faits chirurgicaux et à la confection d'instruments extraordinaires, si l'on veut entrer dans le cœur de la question, et se placer au seul point de vue qui soit admissible dans l'espèce, celui du but à obtenir, nous pouvons dire qu'on est certainement autorisé d'admettre en principe, pour le cancer du larynx, l'extirpation totale, et la prothèse vocale, mais il faut faire l'opération AU DÉBUT DE L'AFFECTION, qui, arrivée à une période avancée ne permet plus aucune chance de succès. Entreprendre comme cela a été fait trop souvent, la cruelle mutilation de l'extirpation du larynx pour la stérile satisfaction d'une difficulté vaincue, nous paraît chose inadmissible.

Il s'agit donc avant tout de reconnaître le mal à temps ; nous avons dit de quelles obscurités le diagnostic du début a été entouré jusqu'ici, et nous avons fait de notre mieux pour les amoindrir.

TABLE DES MATIÈRES

Société anonyme d'imprimerie, P. Dupont, Directeur. Paris. (Cl.) 1495.2.80.



Société anonyme d'imprimerie et librairie administratives et des chemins de fer
Paul Dupont, Directeur. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.)